

# **Evaluation eines gesundheitsfördernden Projektes in der Grundschule**

Inaugural Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades an der Philosophisch-  
Sozialwissenschaftlichen Fakultät der  
Universität Augsburg

Vorgelegt von  
Hana Chyzy

2009

Erstgutachter:	Prof. Dr. Helmut Altenberger
Zweitgutachter:	Prof. Dr. Martin Lames

Tag der mündlichen Prüfung:	27.07.2010
-----------------------------	------------

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Problemstellung und Ziele der Arbeit.....</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>Perspektiven des anthropologischen Phänomens Gesundheit .....</b>	<b>10</b>
3.1	Biomedizinische Sicht.....	11
3.2	Systemfunktionalistische Sicht .....	11
3.3	Systemtheoretische Sicht .....	12
3.4	Wissenssoziologische Sicht .....	13
3.5	Handlungstheoretische Sicht.....	14
3.6	Zusammenfassung.....	14
<b>4</b>	<b>Die sozialpsychologischen Gesundheitsmodelle von Aaron Antonovsky und Hubert Ilg .....</b>	<b>16</b>
4.1	Das Modell und seine Faktoren .....	16
4.1.1	Paradigmawechsel: Von der „objektivierten“ Gesundheit zum subjektiven Wohlbefinden .....	17
4.1.2	Das Körperkonzept und Gesundsein .....	18
4.1.3	Interdependenz von Stress, Widerstandsressourcen, Kohärenzgefühl .....	31
4.2	Ressourcenmodell von Hubert Ilg .....	44
4.3	Gründe für die Wahl des sozialpsychologischen Gesundheitsmodells von Aaron Antonovsky und des Ressourcenmodells von Hubert Ilg für das Projekt „Gesundheitswochen“ .....	51
<b>5</b>	<b>Sich Bewegen und das sozialpsychologische Gesundheitsmodell von Aaron Antonovsky .....</b>	<b>54</b>
5.1	Sich- Bewegen – eine pädagogische Perspektive von Bewegung .....	54
5.2	Die Bewegung .....	56
5.3	Das Sich- Bewegen .....	60
5.4	Die Bedeutung der dialogorientierte Sichtweise für das Sich Bewegen im Schulsport.....	68

---

<b>6</b>	<b>Der aktuelle Stand der Gesundheitsforschung im schulpädagogischen Bereich der Tschechischen Republik .....</b>	<b>74</b>
<b>7</b>	<b>Das Konzept des Projekts „Gesundheitswochen“ im Bereich der Grundschule .....</b>	<b>87</b>
7.1	Wichtige Faktoren bei der Bewegungsaktivität, und ihre Zusammenwirkung in den Gesundheitswochen .....	87
7.2	Ziele der Gesundheitswochen .....	89
7.3	Rahmenbedingungen der Gesundheitswochen .....	92
7.3.1	Zeitliche Struktur .....	92
7.3.2	Organisatorische Struktur .....	93
7.4	Der Inhalt der Gesundheitswochen .....	99
7.4.1	Methodisch-didaktisches Konzept der Gesundheitswochen.....	99
7.4.2	Das Rahmenprogramm der „Gesundheitswochen“.....	102
7.4.3	Didaktisch-inhaltliche Empfehlungen für die Gesundheitswochen .....	108
7.5	Organisation und der Ablauf der Gesundheitswochen.....	112
7.5.1	Die Vorbereitungsphase .....	112
7.5.1.1	.....Langfristige Planung .....	113
7.5.1.2	.....Mittelfristige Planung .....	114
7.5.1.3	.....Kurzfristige Planung .....	115
7.5.2	Durchführungsphase .....	117
7.5.3	Konsolidierungsphase.....	120
<b>8</b>	<b>Forschungstheoretische Überlegungen zum Projekt „Gesundheitswochen“ .....</b>	<b>122</b>
8.1	Fragestellungen zum Projekt "Gesundheitswochen" .....	122
8.2	Hypothesen .....	122
8.3	Die Charakteristik der Stichprobe .....	124
8.3.1	Die Größe der Stichprobe .....	124
8.3.2	Die Charakteristik des Bildungskonzeptes der Grundschule .....	126
8.3.3	Das Persönlichkeitsprofil der Lehrerinnen .....	127

---

8.3.4	Die Räumlichkeiten und Ausstattung .....	128
8.4	Forschungsmethodischer Ansatz der Evaluation von Gesundheitswochen .....	129
8.4.1	Untersuchungsmethoden - Beschreibung.....	131
8.4.1.1	.....Befragung .....	133
8.4.1.2	.....Motorischer Test .....	144
8.4.1.3	.....Beobachtung .....	148
<b>9</b>	<b>Durchführung der Evaluation des Projektes „Gesundheitswochen“</b> .....	<b>156</b>
9.1	Die Rahmenbedingungen der Evaluation .....	156
9.1.1	Finanzielle Förderung .....	156
9.1.2	Teilnahme .....	157
9.1.3	Stakeholderanalyse .....	158
9.1.4	Organisation vor Ort .....	159
9.2	Das Konzept der Evaluation .....	160
9.2.1	Die Bewahrung natürlicher Bedingungen .....	162
9.2.2	Einsetzen von formativen Evaluationsmaßnahmen .....	163
9.2.3	Die Fragestellung und die Ausrichtung der Evaluation .....	164
9.2.4	Das Konzept der Wirksamkeitsanalyse.....	165
9.3	Methodik der Datenerhebung .....	167
9.3.1	Untersuchungsverlauf .....	167
9.3.1.1	.....Verlauf der einzelnen Gesundheitswochen.....	168
9.3.2	Struktur des Untersuchungsdesigns .....	177
9.3.2.1	.....Längsschnittstudie.....	177
9.3.2.1.1	Unifittest .....	178
9.3.2.1.2	Körperhaltungstest.....	179
9.3.2.2	.....Querschnittsstudien .....	181
9.3.2.2.1	Bewegungsaktivitätsfragebogen (BAF) .....	181
9.3.2.2.2	Kenntnisse über Sitzen – Fragebogen (KSF).....	182
9.3.2.2.3	Lehrerfragebögen (LF) .....	182
9.3.2.2.4	Lehrerinterview (LI) .....	182

---

9.3.2.2.5	Elternfragebogen (EIF) .....	185
9.3.2.2.6	Hospitationen .....	185
9.3.3	Aspekt der Motivation der beteiligten Personen.....	186
9.3.3.1.....	Schüler und Schülerinnen.....	186
9.3.3.2.....	Lehrerinnen .....	187
9.3.3.3.....	Eltern .....	188
<b>10</b>	<b>Ergebnisse der Evaluation .....</b>	<b>190</b>
10.1	Ergebnisse zur Implementierung.....	190
10.1.1	Evaluation der Umsetzung in der Schule.....	190
10.1.2	Die Räumlichkeiten und materielle Ausstattung.....	190
10.1.3	Projektorganisation .....	190
10.1.4	Lehrpersonen/ pädagogische Hilfskräfte/ Fachleute .....	194
10.1.5	Die Nachfrage und Kosten – Nutzen - Relation .....	194
10.1.6	Zugänglichkeit .....	194
10.2	Ergebnisse zur Effektivität .....	195
10.2.1	Schülerperspektive.....	195
10.2.1.1 ...	Bewegungsaktivität .....	195
10.2.1.2 ...	Leistungsfähigkeit.....	219
10.2.1.3 ...	Körperhaltung .....	222
10.2.2	Lehrerperspektive - Experteninterview .....	231
10.2.3	Elternperspektive - Elternfragebogen .....	244
10.2.4	Feldbeobachtung - Hospitationen.....	251
<b>11</b>	<b>Diskussion und Ausblick .....</b>	<b>256</b>
<b>12</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>VII</b>
<b>13</b>	<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>XXV</b>
<b>14</b>	<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>XXVII</b>
<b>15</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>XXX</b>

## **1 Einleitung**

In den letzten 20 Jahren haben sich die Lebensbedingungen des Menschen so weit verändert, dass viele von uns zu Sklaven eigenen Konsumlebens geworden sind. Die Konsequenzen dieser Situation sind langsam sichtbar geworden. Allem voran weisen die Humanmedizin und diejenigen wissenschaftlichen Fachrichtungen, die es mit dem Menschen oder mit dem Zusammenleben der Menschen zu tun haben, wie die Pädagogik, die Soziologie, die Psychologie oder die Nutriologie, um einige zu nennen, auf diese meist negativen Erscheinungen der Gesellschaft hin und liefern immer wieder Analysen und darauf aufbauende Modelle oder Konzepte, diesen zu begegnen. Aber auch die Politiker unterschiedlicher Parteien befassen sich in ihren Parteiprogrammen und ihrem politischen Alltag mit den Auswirkungen des übersteigerten Konsumierens. Nicht zuletzt wird der einfache Mensch, der sich auf keine wissenschaftliche Analyse der Gesellschaft stützen kann, diese Auswirkungen in seinem Nah-, aber auch in seinem Umfeld deutlich wahrnehmen und erfahren können. Auch die verschieden gearteten Medien tragen dazu bei, immer wieder auf die Folgen des übersteigerten Konsumierens hinzuweisen, was vor allem in gesundheitsbezogenen Themen sichtbar wird.

Wichtige Informationen aus dem Gesundheitsbereich liefern alle Weltgesundheitsforen, die seit 1975 stattfinden. Diese Foren haben sich zur Aufgabe gemacht, das Bedürfnis, die Notwendigkeit, das Lebens- und Gesundheitsniveau der Menschen zu verbessern. Als eine der wichtigsten Lösungsalternativen, wie diese oben geschilderte negative Situation zum Positiven gewendet werden kann ist, die Leute dazu zu bringen, die Verantwortung über ihre eigene Gesundheit und die Gesundheit ihrer Mitmenschen zu übernehmen. Walterová (1997, S. 101) führt an, dass

„(...) jede fünfte Person ist Mitglied irgendeines Sportvereins oder Sportklubs, was allerdings nicht unbedingt bedeuten mag, dass sie auch aktiv irgendeine Sportart betreibt. Die Zahl der Sportvereinsmitglieder steigt, mehr als 30% Bewohner Europas sind Sportvereinsteilnehmer, in Holland, Deutschland und Norwegen sogar 50% der Einwohner. Die Gesamttrends in der Nutzung von Freizeit zeigen allerdings auf, dass die Menschen die

Bequemlichkeit und Inaktivität vor einer aktiven Bewegung und Kreativität vorziehen.“<sup>1</sup>

Auf der Alma Ata Conference 1978 wurde zum ersten Mal eine globale Strategie „*Gesundheit für alle in 2000*“ (Health for all by the Year 2000) entworfen, die 1981 von der World Health Organisation (WHO) angenommen wurde. Sie sollte dazu beitragen, dass die allgemeine Gesundheit auf der Welt solches Niveau erreicht, dass die Menschen ein produktives Leben führen können, sowohl, was das Soziale, als auch das Ökonomische betrifft.

Die Gesundheit der Menschheit ist nicht nur eine ethische, sondern zurzeit viel mehr eine ökonomische Frage. Aus diesem Grunde könnte man behaupten, Prävention von Krankheiten belaste langfristig bedeutend weniger die Staatskosten, als die Behandlung der heutzutage verbreiteten Krankheiten.

Auf die Alma Ata Conference 1978, folgte 1999 im italienischen Bellagio eine andere Konferenz mit dem Thema „*Ressourcing Public Health in the 21st Century: Human Ressource Development in a Global Environment*“. Das Ziel dieser Konferenz war, die Möglichkeiten für eine Zusammenarbeit auszuloten und die Ergebnisse der Diskussionen zusammenzufassen, um einen allgemeinen Grundbestand an Kenntnissen über das Phänomen Gesundheit zu schaffen. Eine Erkenntnis war richtungsweisend und sie bestand darin, dass es vor allem die Menschen selbst sind, welche die zentrale Rolle in der öffentlichen Gesundheit spielen. Aus diesem Grunde legte man den Schwerpunkt der praktischen Gesundheitsarbeit für die nächsten Jahrzehnte darauf, die unterschiedlichsten menschlichen Ressourcen zu stärken (vgl. Rockefeller Foundation, 1999, S. 1).

Die entworfene Strategie zur Durchführung der praktischen Gesundheitsarbeit lenkt ihre Aufmerksamkeit auf mehr internationale Zusammenarbeit etwa auf der sozialen Ebene, wo zu den die Gesundheitsressourcen stärkenden Programmen auch die wirtschaftlich armen Länder eingeladen werden. Am Aufbau

---

<sup>1</sup> Übersetzt von Autorin



einer gesundheitsfördernden Infrastruktur sollen die verschiedensten Institutionen beteiligt werden, wie Schulen, Universitäten, Spendeorganisationen, Sponsoren, Wissenschaftliche Institutionen, CBO's, NBO's<sup>2</sup>, Regierungen, und die verschiedensten nationalen Institutionen. Natürlich ist auch die „normale“ Bevölkerung mit diesem Ressourcenaufbau konfrontiert und zur Mitarbeit aufgefordert und angeleitet werden. Das Wissen um den Aufbau und die Förderung der Gesundheit soll inhaltlich und methodisch variantenreich vermittelt werden. Die Vision dieser oben angeführten Strategie kann man in folgende Worte fassen: „(...) die Verbesserung der globalen menschlichen Gesundheit, des allgemeinen Lebensniveaus des Menschen in einem langfristig haltbaren System, das einen gerechten Zugang zu Grundwissen und Grunddienstleistungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit ermöglicht und sichert.“<sup>3</sup> Die Strategie „*Resource Public Health*“ soll neben die verbindenden Kooperationsfaktoren auch mehr forschungsrelevante Aufgaben erfüllen, und zwar mittels Monitoring und Evaluationsmaßnahmen. Die Ziele einer solch globalen Strategie unterscheiden sich nur wenig von dem vorigeren Vorhaben. Globale- oder nationale Bemühungen um die Gesundheitsressourcen haben eines gemeinsam, dass sie die Notwendigkeit, sich mit ihnen intensiv und nachhaltig auseinanderzusetzen, betonen.

Am Rande ist es vielleicht dazu zu bemerken, dass sich aus den genannten Gründen allmählich in verschiedenen Staaten, wie Polen, Ukraine, Russland, USA und Kanada eine neue Wissenschaft entwickelt hat, die so genannte Valeologie (valere = lat. Gesund und stark zu sein). Es geht dabei um eine multidisziplinäre Wissenschaft, die sich um die gesetzliche Verankerung von Bildung und Förderung und das Weiterleiten von gesundheitsbezogenen Kenntnissen bemüht. Die heutigen Schulen orientieren sich nämlich immer noch überwiegend an der äußeren Welt des Kindes. Sie nehmen primär die sichtbare „Ober-

---

<sup>2</sup> CBO – community based organisations

<sup>3</sup> Übersetzt von Autorin.

fläche“ des Kindes und seines Verhaltens in den Blick, wenn sie in Lern- und Erziehungsprozesse einsteigen. Es fehlt ihnen oft einfach der Zugang, Zusammenhänge zwischen der äußeren und der inneren Welt des Kindes zu erkennen, um sie für aktuelle Themen, wie etwa die gesunde Lebensweise, sensibilisieren und motivieren zu können.

Diese defizitären Erkenntnisse aus dem Schulalltag, waren die Initialzündung für die WHO, weltweit ein Netz von Schulen zu gründen, die das gesunde Leben von frühester Kindheit an unterstützen können. Die Leitlinien der anzustrebenden, gesundheitsorientierten Lebensweise richteten sich nach Konzepten und Vorschlägen der oben angesprochenen Valeologie.

Auch in Europa setzte sich dieses Vorhaben der Weltgesundheitsorganisation durch und so entstand auch ein *Europäisches Netz von gesundheitsfördernden Schulen* (European Network of Health Promoting Schools – ENHPS). Diese Schulen haben die Aufgabe, Wissen über Gesundheit auf nationaler wie auch internationaler Ebene zu übermitteln. Im Rahmen dieses Netzwerkes entstehen zahlreiche Programme, die natürlich auch genauestens evaluiert werden, die die Gesundheit und die Gesundheitserziehung im schulischen Bereich fördern (z.B. Projekt „*Gesunde Schule*“). Eine Analyse solcher Projekte, die in Europa und in Amerika realisiert worden sind, hat gezeigt, dass sie unterschiedlich angelegt und durchgeführt wurden. Zum einen handelte es sich um Projekte, die als weniger „kreativ“ bezeichnet werden können, weil sie den Kindern keine Wahlfreiheit bezüglich Selbstentscheidung und Auswahl von Inhalten gegeben haben, zum anderen fanden sich auch „kreative“ Projekte, die die Schülerinnen und Schüler, aber auch die Lehrer vor die Wahl stellten, sich für einen Lebensstil zu entscheiden. Letzteres forderte (und förderte) natürlich eine größere Eigenverantwortung.

Inhaltsorientiert zielen diese Projekte auf die verschiedenen Aspekte des menschlichen Lebens, etwa das Leben in der Natur, in der sozialen Sphäre, in der Freizeit. Weiter zählen zu diesen Aspekten die Verbraucher- und die Verkehrserziehung, die Erziehung zu einem Stadtleben, aber auch solche Phänomene, wie gesundheitsorientierte Ernährungsprogramme, sexuelle Erziehung, innovierter und Aufbauschulsport, oder auch Ästhetikkunde. Die Analyse stellt weiter fest, dass solche Programme am effektivsten sind, die auf einer globale

und interaktiven Auffassung von gesundheitsorientierten Erziehung basieren (vgl. Walterová, 1997).

Wie ich schon angedeutet habe, ist die Krankheitsprävention aus den verschiedensten Gründen nicht nur für den Staat, sondern auch für den einzelnen Menschen besser, als die oft langwierige und leidvolle Behandlung von Krankheitssymptomen. Und deswegen haben die meisten der bekannten Programme nicht nur präventiven, sondern präventiv-kurativen Charakter. Die anderen Programme wollen den Kindern gesundheitsorientierte Alltagsgewohnheiten und Fertigkeiten vermitteln und sie lehren, wie sie ihre Gesundheit auch im Falle Krankheitsabsenz erhalten können. Es werden ständig zahlreiche Forschungen nicht nur im allgemeinen Gesundheitsbereich, sondern auch im schulpädagogischen Bereich durchgeführt. Diese verlaufen national oder international und neben anderen gesundheitsrelevanten Faktoren untersuchen sie, ein welch großes Potenzial an Gesundheitsverhalten die Kinder oder auch die Jugendlichen oder die Studierenden haben.

Das nationale Gesundheitsprogramm wurde zu einem wichtigen Punkt auch der tschechischen Gesundheitspolitik. Es werden Programme wie „Gesunde Stadt“, „Gesunde Schule“, „Gesunde Grundschule“, „Gesunde Familie“, „Gesunder Betrieb“, und andere Programme und Projekte, die auf die Krankheitsprävention und die Prävention von sozial pathologischen Ereignissen fokussieren, weiterentwickelt.

## **2 Problemstellung und Ziele der Arbeit**

Aus qualitativer Sicht kann ich in der Problemstellung dieser Arbeit die negativen Aspekte der Gesundheitsproblematik der Kinder und Jugendlichen, die als ausschlaggebender Impuls für eine Veränderungsnotwendigkeit langfristig gesehen werden und schon oftmals publiziert wurden, teilweise nur noch wiederholen. Quantitativ gesehen steigt aber tendenziell die Zahl der von den negativen Aspekten der Gesundheitsproblematik Betroffenen. Was mir aber hier schon alarmierend erscheint, ist die Anzahl der immer mehr werdenden Situationen und der oft nicht verstehbaren Konsequenzen, die man aus ihnen zieht.

Die Gesundheitsproblematik der heranwachsenden Generation war und bleibt immer ein aktuelles Thema. Momentan wird ihr aber wieder mehr Beobachtung geschenkt. Die Gründe dafür liegen in der Tatsache, dass die von psychischen und sozialen Faktoren bedingten Gesundheitsstörungen zunehmen (vgl. Hurrelmann, 2002).

Die konkreteren Ursachen für das Ungleichgewicht im gesundheitlichen Bereich der Kinder und Jugendlichen sind schon längst bekannte Faktoren, wie Mangel an Bewegungsaktivität, hoher Konsum an modernen Massenmedien, falsche Ernährungsgewohnheiten, mangelnde Bewältigungsstrategien für psychische und soziale Herausforderungen. Die Folgen solcher Tatsachen projizieren sich dann in alle drei Gesundheitsdimensionen, nämlich in die psychische, soziale und körperliche Dimension. Die gesundheitlichen Störungen werden in verschiedenen Formen sichtbar, wie Muskeldysbalancen und falsche Körperhaltung, Übergewicht, erhöhte Insulinresistenz, depressive und aggressive Verhaltensmerkmale, Abusus von psychoaktiven Substanzen, und nicht zuletzt auch Fehlsteuerung der Sinneskoordination und damit verbundene Koordinationsprobleme (vgl. Hurrelmann, 2002).

Meiner Meinung nach fehlen der heranwachsenden Generation persönliche Mechanismen – Antonovsky nennt sie Widerstandsressourcen – die ihnen im Alltag helfen, sich nicht nur mit den Alltagswidrigkeiten, sondern auch mit ihren Entwicklungsaufgaben sinnvoll und erfolgreich auseinander zu setzen. Dies führt auch Hurrelmann (2002, S. 868) an, wenn er etwas ausführlicher auf die Hintergründe der oben genannten Gesundheitsstörungen eingeht:

„Sie entstehen durch das Zusammenspiel von Erbinformationen, Lebensweise und Umwelteinflüssen. (...) Vor allem Kinder aus sozial schwachen Familien sind gefährdet. Die Störung der Gesundheitsbalance ist ein Symptom einer Belastungsbewältigung bei mangelhaften personalen und sozialen Ressourcen und insofern auch nicht allein durch Verhaltensmodifikation zu verändern oder zurückzudrängen, sondern vor allem durch Gestaltung und Veränderung der Umwelt, durch eine soziale und ökologische Gesundheitsförderung.“

Die jüngere Generation scheint auch weniger motiviert zu sein, gesund zu leben. Der Grund hierfür liegt nicht nur in der Weitergabe von gesundheitsorientierten Informationen, sondern am Fehlen positiver Erlebnisse und am Gestalten einer positiven Beziehung zur eigenen Gesundheit und der Gesundheit anderer Menschen.

Diesem negativen Erscheinungsbild stellen sich neuere pädagogische Ansätze entgegen. Die „moderne“ Gesundheitserziehung versucht mehr auf die Verbindung von Informationsvermittlung mit der Emotionalität der Erlebnisebene zu fokussieren, als nur auf die Informationsübergabe. Die Problematik des Erlebnisaspektes im Bereich der Gesundheits-, bzw. der Umwelterziehung schildert die Autorengruppe Seewald, Kronbichler und Gröbning (1998). Janssen (1988, S. 6) befasst sich mit der Emotionalität in der Erziehung in seinem „Modell des emotionalen Kerns“, in dem die Handlungsebene über eine Wirkung und Rückkopplung von Emotionen und kognitiven Einsichten erreicht wird.

Wie bedeutend die Rolle des unmittelbar „erziehenden“ sozialen Umfeldes, die Familie und Schule, in der Gesundheitserziehung und der Gesundheitsförderung ist, wenn es beispielsweise um detaillierte Förderprogramme geht, bleibt auch eine aktuelle Fragestellung bei der Gestaltung und Durchführung von innovativen gesetzlichen, curricularen und projektorientierten Maßnahmen. Nach Laaser, Hurrelmann und Wolters (1993, S. 179) lassen sich solche präventiv-fördernden Maßnahmen in die Kategorie primordial bis primär einordnen. Die Zielsetzungen gesundheitsfördernder Interventionen orientieren sich in ihrem Ansatzpunkt an der Ressourcestärkung, bzw. Reduzierung von Risikofaktoren, aufgrund derer verschiedenen Erkrankungen entstehen können und auf den

Lebensstil, der die eigene Lebensqualität entscheidend beeinflusst (vgl. Lames, 1996, S. 6).

Innerhalb der Europaregion wird, wie ich im Kap.1 bereits aufgezeigt habe, eine gemeinsame Strategie der Gesundheitsförderung entworfen und länderspezifisch auf verschiedene Art und Weis auch in die Praxis umgesetzt. Die Pädagogen sind sich der Tendenzen bewusst und signalisieren gerade in der Grundschule einen steigenden Bedarf, neue Wege in der Gesundheitsförderung gehen zu wollen (dazu vgl. auch Hörl, 2003). Die Situation im schulpädagogischen Bereich, bzw. die gesundheitsfördernde Tendenzen im Unterricht, bilden langfristig die Inhalte der aktuellen Themen. Für das wirksamste Mittel, das die informative und die emotionale Dimension im Lernprozess gut verbindet, werden weiterhin die Bewegung und der Sport gehalten und als solche vor allem im Unterricht, aber auch in dem außerschulischen Bereich implementiert. Im Unterricht geht es z. B. darum, genügend Bewegungsräume den Schülern und Schülerinnen anzubieten, um nicht nur ihren Bedürfnissen von Spannung und Entspannung gerecht zu werden, sondern ihnen auch reale „Lösungen“ gestellter Aufgaben zu vermitteln.

Wie den Pädagogen ihr Bemühen gelingt, inwieweit innovative Schritte eingeleitet und wie effektiv sie im Rahmen der präventiven Maßnahmen sind, das sind die Hauptpunkte der Fragestellung der Evaluationsforschung, die als Forschungsstrategie für die sozialen Interventionen, wie Gesundheitsförderung im schulpädagogischen Bereich, gut geeignet ist.

Allerdings ist es in Anbetracht der Komplexität und Kompliziertheit des gesamten Pakets der Gesundheitsförderung, Gesundheitserziehung und der Prävention und deren Zielsetzungen nicht einfach, die pädagogischen Perspektiven und Bemühungen der Gesundheitsförderung eindeutig zu bewerten (vgl. Mužíková, 2006, S. 34).

Ich persönlich stelle mir immer wieder die Frage, ob es überhaupt möglich ist aus der Sicht einer langfristigen Perspektive, einen Ausweg zu finden und wie weit die gesundheitsfördernden Vorhaben in der Schule greifen sollen und können. Das hat mich auch dazu bewogen, zuerst als Assistentin, später als Projektleiterin und zugleich als Forscherin an so einer innovativen Maßnahme teilzunehmen. Ich halte jegliche Bemühungen für sinnvoll, die zur Erweiterung des

Wissensstandes und der Erfahrungen in der schulischen Praxis führen und auf die man dann weiter aufbauen kann.

Das Ziel der Arbeit ist, eine qualitative Analyse eines gesundheitsfördernden Projekts und seiner Implementation und Evaluation im Bereich der Grundschule durchzuführen. In der Dissertation wird spezifisch auf die Problematik der Gesundheitserziehung mit dem Fokus auf die Bewegung als Basisbedürfnis der Kinder eingegangen. Es werden zuerst die wichtigen Gesundheits- und Bewegungsbegriffe, einschließlich der theoretischen Modelle diskutiert. Weiter wird das Konzept der praxisorientierten Gesundheitsförderung an dem Beispiel der Gesundheitswochen dargestellt. Im methodischen Teil der Arbeit wird die gesamte forschungsmethodischer Ansatz der Evaluation aufgezeichnet und diskutiert.

### 3    **Perspektiven des anthropologischen Phänomens Gesundheit**

Der Begriff Gesundheit taucht in den verschiedensten Definitionsvariationen auf, aber bis jetzt konnten die damit Befassten sich wohl auf keine einheitliche Form einigen (vgl. Faltermaier, 1994). Der Grund dafür liegt einmal in der von den Autoren wissenschaftlicher Arbeiten gewählten Verwertungsabsicht, zum anderen darin, dass die Auffassung von Gesundheit gebunden ist an die jeweilige Kultur und Tradition, der ein Autor entstammt. Auch zwischen den verschiedenen sozialen Gruppen variiert die Interpretation von Gesundheit (vgl. Faltermaier, 1994; Idler, 1979). Was generell gesagt werden kann ist, dass das pathologische Paradigma, also die Auffassung, dass Gesundheit aus der Sicht der Krankheit betrachtet wird, in der Vergangenheit und auch heute noch Priorität genießt.

Laut Faltermaier (1994, S. 56) besteht bei der Definition von Gesundheit immer eine gewisse Gefahr, ideologische Vorstellungen und normative Vorgaben vom „richtigen Leben“ hinzu zu projizieren. Es ist auch nicht möglich eine objektive Bestimmung von Gesundheit vorzunehmen, wenn sie oft von Denkparadigmen ausgeht.

Sehr oft wird als Basisklärung des Begriffs das englische *'health'* benutzt. Dies neben anderem darum, weil es den Bedeutungsgehalt von 'ganz' in sich trägt. Im Englischen wird der Gegenpol zu Krankheit („*dis-ease*“) mit dem Begriff „*ease*“ bezeichnet, was sich als „Sorglosigkeit“, „Leichtigkeit“ übersetzen lässt. Die englischen Begriffsdeutungen von Gesundheit und Krankheit erlauben es, meiner Meinung nach, am logischsten und deutlichsten, die beiden Begriffe zu interpretieren. Es ist wichtig zu bemerken, dass mit der Definition von Gesundheit „...immer eine bestimmte individuelle und soziale Konstruktion der Wirklichkeit ...“ verbunden ist. Die Wirklichkeit unterliegt aber einem ständigen Wandel und kann prozessartig verstanden werden. (vgl. Faltermaier, 1994, S. 55).

In diesem Teil der Arbeit versuche ich in einer Art Zusammenfassung, mich mit unterschiedlichen interdisziplinären Ansätzen zum Begriffsinhalt von Gesundheit, bzw. Krankheit auseinanderzusetzen. Der Grund für die Auswahl der fol-



genden Sichtweisen von Gesundheit war zugleich auch der Versuch, einige der bekannten, diskutierten Dimensionen zum Begriff Gesundheit zu erfassen und die möglichen Zusammenhänge zwischen den jeweiligen Perspektiven herauszuarbeiten.

### **3.1 Biomedizinische Sicht**

Das von Vertretern der neuen Gesundheitsparadigmen in Frage gestellte biomedizinische Modell wurde während vieler Jahrzehnte zu einem fest legitimierten Teil der medizinischen Wissenschaften. Seine Funktion in der Gesellschaft ist aus verschiedensten Gründen, etwa aus politischen oder wirtschaftlichen Interessen, kaum umstritten gewesen. Es ist nicht das Anliegen dieser Arbeit das Wort „Biomedizin“ detailliert zu untersuchen. Näher betrachtet, basiert die Biomedizin auf dem „Programm“, die Gesundheit der Menschen zu erhalten, zu pflegen und zu fördern. Der Mensch wird dabei als ein biologisches Instrument wahrgenommen. Dabei werden seine biologischen und physiologischen Funktionen in den Vordergrund gestellt und sind Gegenstand von Diagnose und Therapie. Das Gesundheitsverständnis wird in diesem Fall „zersplittert“ und auf die Diagnose und Prävention von Krankheiten fokussiert.

Ich möchte an dieser Stelle kurz auch die praktische Umsetzung dieses Modells in der Gesellschaft erwähnen. Aus der alltäglichen Praxis ist bekannt, welcher vorwiegend apparative Aufwand „betrieben“ wird, Symptome einer Krankheit zu finden, nicht aber den Ursachen nachzugehen. Durch die eingeschränkte Sichtweise, die hinter dem biomedizinischen Modell vermutet werden kann, gibt es kaum Raum dafür, sich mit den individuellen psychosozialen Faktoren menschlicher Gesundheit auseinander zu setzen und sie überhaupt als einen wichtigen Teil des „Gesundheitskomplexes“ anzusehen. Die auf High-Tech-Medizin ausgerichteten Interessen eines Gesundheitswesens, das auf dem biomedizinischen Modell basiert, scheinen in der Praxis eher bürokratisch bestimmt als auf den kranken Menschen in seiner Ganzheit ausgerichtet zu sein.

### **3.2 Systemfunktionalistische Sicht**

Etwas näher der „gesundheitlichen Komplexität“ befindet sich Parsons (1958, S. 10), der die Gesundheit als „...eine der funktionalen Vorbedingungen eines je-

den sozialen Systems" bezeichnet. Weiter beschäftigt er sich aber mit der Äthiologie der Krankheit („concept of the Parsonian sick role", (vgl. Idler, 1979) aus der Sicht des menschlichen Verhaltens, das er als eine Ursache für die Entstehung von Krankheit versteht und die Anwesenheit von Krankheit als Ausmaß des Gesundheitszustandes sieht. Sein Fokus fällt auf die psychosomatischen Zusammenhänge einer Erkrankung und deren Auswirkung auf die Leistung im Rahmen der gesellschaftlichen Rolle des Menschen. Er weist darauf hin, dass die Gesundheit allgemein auf einem niedrigen Niveau steht, und die Krankheit viel öfters auftritt, was dysfunktional auf die Gesellschaft wirkt. Neben anderem bedeutet die Krankheit eine Verhinderung der Erfüllung von sozialen Rollen. Er meint, ein unbewusster Wunsch sei ein Motivationsfaktor für ein Fehlverhalten, das dann zu Störungen der Gesundheit führen kann. Als eine Lösung für die Bekämpfung der Krankheit führt er z.B. ein rationales Handeln als Kontrollkriterium an.

Im ökologisch orientierten System-Paradigma der Sportwissenschaften, wird im systemischen Ansatz der sich bewegende Mensch als ein „(...) offenes, dynamisches, programmgesteuertes und sich durch Rückkopplung selbstregulierendes System verstanden (...)", als ein Teil des Lehr-Lern-Systems. (vgl. Drexel, 2002, S. 35f).

Immerhin bewegt er sich mit seiner Auffassung von Krankheit, bzw. Gesundheit, auf der kognitiven Ebene, ohne die emotionalen Komponenten der Handlung dabei mehr zu berücksichtigen.

### **3.3 Systemtheoretische Sicht**

Seeman (1989, S. 1107) geht bei seinem Verständnis von Gesundheit von dem systemtheoretischen Konzept aus und meint: „...of health we speak contextually (...) we view the system as a whole and note the effects of regulation and disregulation in all relevant parts of the system." Für einen bedeutsamen Aspekt der allgemeinen Systemtheorie hält er die „Inhaltslosigkeit" (*contentless*) des Konzeptes als einen Ausgangspunkt für die Gestaltung (*envisioning*) von universalen Strukturen. Der Inhalt ist gegeben durch den Einsatz der allgemeinen Theorie in verschiedene spezifische Realwelt-Systeme (*real-world systems*). Seine Sicht bietet die Möglichkeit, bei der Suche nach Zusammenhängen, die

bei der Entstehung der Krankheit, bzw. dem Erhalten von Gesundheit mitwirken, *offen* zu bleiben, und zugleich unser Gesundheitsverständnis zu formen. Auch Faltermaier (1994, S. 58) weist darauf hin, den Begriff von Gesundheit genügend offen zu betrachten, „um (...) Entwicklungsprozesse des Individuums erfassen zu können.“. Die Kontextualität des Systems unterstützt Angyal (1941), für den das System als: „(...) ein Komplex von mehrfachen Komponenten, die zusammen durch eine vereinigende Struktur verbunden sind“ ist (vgl. Seeman, 1989, S. 1100).

Auf lebendige Organismen bezogen meinen Bohm und Factor (1988), dass „...jeder Teil wächst im Kontext der Gesamtheit (*of the whole*), so dass er weder unabhängig erscheint (existiert), noch (...) dass er sich lediglich mit den anderen Teilen beeinflusst, ohne selbst wesentlich in diese Interaktion (Beziehung) einbezogen zu sein.“ (vgl. Seeman, 1989, S. 1100).

Was ist unter der „vereinigenden Struktur“ von Angyal zu verstehen? Wie ist die Gesundheit im Sinne der Systemtheorie zu sehen? Jeder Teil des Systems, befinde sich auf irgendwelcher hierarchischen Ebene, muss *intakt* sein und muss mit den anderen Teilen (Subsystemen) in einer *ausgeglichene Interaktion* sein. Unter diesen Bedingungen *funktioniert* das System in einem *dynamischen Gleichgewicht* (es geht also um einen Prozess, nicht um einen Ruhestand), was man im Sinne Antonovskys Denkweise (vgl. Kap. 4) als Gesundheitszustand charakterisiert werden könnte. Krankheit wird dann als eine Störung von diesem Gleichgewicht verstanden (vgl. Seeman, 1989, Antonovsky, 1997, Faltermaier, 1994). Im Rahmen der systemtheoretischen Sicht wird der Mensch als ein offenes System gesehen, das sich im Falle des „Wohlbefindens“ in einem dynamischen Gleichgewicht befindet.

### **3.4 Wissenssoziologische Sicht**

In den neueren Erkenntnissen der Wissenssoziologie werden neue Bereiche der Sozialanalyse definiert und auch viele von bisherig angedeuteten Gesundheitsthesen relativiert. Eine physiologisch begründete (bezogene) Definition der Krankheit wird nicht als adäquat für Sozialuntersuchungen als tauglich erklärt, weil sie nicht die sozialen Zusammenhänge aufzeigt (vgl. Idler, 1979). Dafür wird Krankheit als Erfahrung von der „kranken Gesundheit“ (dis-ease) als ein

Phänomen betrachtet, das sich sowohl auf die objektive, als auch auf die subjektive Realität des sozialen Kontextes des Menschen bezieht.

### **3.5 Handlungstheoretische Sicht**

Anhand der Definition der WHO (1946) betont Seeman (1989) die Wichtigkeit des handlungsorientierten Zuganges im Gesundheitsbereich (vgl. auch Parsons 1958) und beschreibt dies als eine radikale Modifizierung des bisherigen Westmedizin-Konzeptes (*Western medicine concept*). Das Handlungs-Paradigma in den Sozial- und Geisteswissenschaften ist als „multiparadigmatischer Domain“ zu bezeichnen, der sowohl die kausalen und intentionalen, als auch aktionalen und interaktionalen Erklärungen und Interpretationen in einen Zusammenhang bringt (vgl. Drexel, 2002, S. 36f). Für die Theoriefelder der Gesundheit, wie auch der Bewegungsproblematik aus der pädagogischen Perspektive ist vor allem die kognitivistisch-psychologische Auslegung des Handlungsbegriffs, in der das Mensch-als-Mensch-Modell im Fokus steht, ist von Bedeutung. Diese Betrachtungsweise erstreckt sich auf die Intentionalität des Handelns eines Individuums und nimmt oft Bezug auf die soziale Umwelt des Handelnden (vgl. Drexel, ebd.).

### **3.6 Zusammenfassung**

Viele Aussagen über Gesundheit gründen auf einer dichotomischen oder dualistischen Sichtweise. Auf die Gesundheit bezogen, bedeutet dies, dass jemand entweder gesund oder krank ist. Diese Dichotomie müsste in ausgewählten und oben beschriebenen wissenschaftlichen Ansätzen zum Begriff Gesundheit herausgearbeitet werden. Man kann aus diesen Aussagen einen „defizitären“, fragmentierten Gesundheitsbegriff herauslesen. Gesundheit ist zwar ein hoher abstrakter Wert, gleichzeitig auch ein Wert, den die Menschen „realisieren“ wollen. Gesundheit ist interpretationsfähig und ein immanentes Thema eines gesellschaftlichen Diskurses, manchmal weniger manchmal mehr greifbar.

Auch in der offiziell legitimierten und so oft publizierten Definition der WHO (1946) wird die Gesundheit in ihrer Komplexität „zusammengefasst“. Die Definition deutet in ihrer Konsequenz auf die Notwendigkeit hin, die Gesundheit auch als ein Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren weiterhin zu behandeln. Und

gerade die Tatsache, dass die Gesundheit trotz des defizitären Charakters ihrer Definitionsversuche als ein Komplex gesehen werden soll, macht die Gesundheitsproblematik für die wissenschaftlichen Fragestellungen zu einem zwar interessanten, jedoch komplizierten Forschungsfeld. Es sind dabei sowohl die körperlichen, als auch psychischen und ökologischen Faktoren zu berücksichtigen. Man kann die Gesundheit als ein gesamtes Wohlbefinden bezeichnen, wobei die Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion, als verbindende Faktoren zwischen der Psyche und dem Körper, eine Rolle spielen. Gesundheit ist ein Prozess, durch den die Selbstfindung, die eigene Identität des Menschen, wesentlich geprägt wird. Wie Faltermaier (1994, S. 57) sagt, „(...) sie muss immer wieder hergestellt werden, weil sich das Individuum in der Auseinandersetzung mit seiner Umwelt ständig verändert.“

Gesundheit kann daher nicht als Ziel im Leben des Menschen dargestellt werden, sondern als ein Ausgangspunkt, Voraussetzung und Herausforderung für die Lebensqualität (Lebensaktivitäten, Selbstrealisierung usw.). Faltermaier (so wie Antonovsky) verstehen Gesundheit als bestimmtes Potenzial, als Ressourcen, die man bei seiner Handlung mobilisiert. Sie sehen Gesundheit als eine Handlungsfähigkeit, die nicht nur die Leistungsfähigkeit einbezieht, sondern auch die Erlebnisfähigkeit (vgl. auch Idler, 1979).

Auf die intraindividuelle Schiene bezogen, kann man sich folgende Fragen stellen: Wie ist diese Erlebnisfähigkeit zu verstehen? Ist es wichtig, persönliche Normen zu definieren, die man sich selber schafft, sie sich von der sozialen Umgebung her aneignet und sie seinem eigenen Handeln zu unterlegen? In folgenden Kapiteln habe ich versucht an ausgewählten theoretischen Modellen und deren Implementierung innerhalb eines, auf die Gesundheitsförderung ausgerichteten Projektes, mich mit diesen Themen auseinander zusetzen.

## **4 Die sozialpsychologischen Gesundheitsmodelle von Aaron Antonovsky und Hubert Ilg**

### **4.1 Das Modell und seine Faktoren**

Die Auffassung von der Gesundheit und Krankheit sind historisch variable und unterliegen den kontextdefinierten Normen. Ursprünglich und überwiegend gehörte zu dieser Norm die eindeutige Diagnostizierung der Krankheit, die angesichts der Kassenberechnungspraxis relevant war. Neuorientierungen und Umdenken bringen mit sich interessante Betrachtungspunkte, die nicht mehr nur in die eine krankheitsbezogene Richtung blicken, sondern die ganze Problematik in ein neues Licht stellen (vgl. Petzold, 2006).

Eine der wichtigsten Determinanten der Gesundheit ist das Gesundheitsverhalten des Menschen. Dazu gibt es heutzutage verschiedene theoretische Konzepte. Zum Beispiel Schwarzer (1996, S. 1-112) beschäftigt sich ausführlich mit der Theorie der Handlungsveranlassung, sozial-kognitiven Theorie (Handlungswirksamkeit und Selbstwirksamkeit), und weiter beschreibt auch das Modell gesundheitlicher Überzeugungen (*Health Belief Model*), die Theorie des geplanten Verhaltens (*Theory of Planned Behavior*), Theorie der Schutzmotivation u.a., indem er einen gemeinsamen Element – Gesundheitsverhalten/Risikoverhalten und die Bedingungen ihres Aufrechterhaltens, wie soziale Lernprozesse, subjektive Ursachenzuschreibungen anspricht (vgl. auch Ajzen, 1991).

Zu dem eigenen Begriff der Gesundheit existiert eine Reihe von Überlegungen und Theorien, die ein komplexes Bild der Gesundheit zeigen und sie auch im wissenschaftlichen Verständnis einzuordnen versuchen (vgl. Kap. 3). Mit dem gesellschaftlichen Wandel kommt es auch zu Veränderungen im psychologischen Bereich. Innerhalb der psychologischen Wissenschaften entstand in den letzten Jahren, als Reaktion auf die Kritik und Krise des medizinischen Krankheitsmodells (vgl. Faltermaier, 1994), eine neue Disziplin – Gesundheitspsychologie. Gesundheitspsychologie ist nach Matarazzo (1980, S. 815)

„(...) die Zusammenfassung spezifisch erzieherischer, wissenschaftlicher und professioneller Beiträge der Psychologie zur Förderung und Beibehaltung von Gesundheit, zur Verhinderung und Behandlung von Krankheit,

zur Identifizierung äthiologischer und diagnostischer Korrelate von Gesundheit, Krankheit und ähnlicher Dysfunktionen, zur Verbesserung des Systems der Gesundheitsversorgung , sowie zur Entwicklung der Gesundheitspolitik.“ (zit. nach Haisch und Zeitler, 1991, S. 9).

Aufgrund des interdisziplinären Ansatzes bei der Suche nach Erklärungen von in der Gesellschaft aufgetretenen Tatsachen (wie z.B. Rückgang von Infektionskrankheiten; unerklärte Zusammenhänge zwischen Mortalität und Überleben von Menschen, die sich langfristig in schwierigen Lebensbedingungen befanden) wurden nicht nur körperliche Symptome als Determinanten der Gesundheit wahrgenommen, sondern man hat den Fokus auch auf andere Determinanten gelenkt. So wurden zu den Einflussfaktoren auch die materiellen Lebensumstände, das soziale Umfeld und später auch innere psychische „Welt“ des Menschen miteinbezogen. Diese Vielperspektivität kennzeichnet die momentane Entwicklung auf dem Gesundheitsfeld.

#### *4.1.1 Paradigmawechsel: Von der „objektivierten“ Gesundheit zum subjektiven Wohlbefinden*

Es wäre sehr kurz gedacht, Gesundheit und Krankheit nur auf biologische Determinanten und ‚objektive Wahrheiten‘ zu reduzieren. Genauso, wie Körperideale und Körperrituale, wie Körperhaltung und Körperbewegung, wie Körperfunktionsteuerung und Körperkontrolle, sind auch Gesundheitsdefinitionen und mit ihnen verbundenen Einstellungen und Handlungsweisen mit den gesellschaftlichen Verhältnissen und kulturellen Bedeutungsmuster verknüpft (vgl. Pfister, 1996). Die Gesundheit wird nicht nur als ein hoher abstrakter Wert wahrgenommen, sondern auch als ein Wert, den die Menschen „realisieren“ wollen. Man kann Gesundheit natürlich interpretieren und als Gegenstand eines gesellschaftlichen Diskurses ansehen. Es ist aber sehr schwer, eine eindeutige begriffliche Bestimmung von Gesundheit vorzunehmen. Gesundheit ist kein klar objektiv umrissener und zu umreißender Begriff, sondern vom jeweiligen sozialen und ökologischen Feld, das von verschiedenen Gruppen in ihren sozialen Gegebenheiten und ihren Lebensräumen gebildet wird (vgl. Faltermaier, 1994; Bengel et al., 1998).

Dialektisch gesehen müssen nicht nur die Gestaltungsmöglichkeiten des Individuums, sondern auch die Einflüsse einer sozialen und ökologischen Umwelt auf das Subjekt berücksichtigt werden. So ähnlich, wie sich das Verständnis von Gesundheit, bzw. Gesundsein<sup>4</sup> im Laufe der letzten dreißig Jahre im gesellschaftlichen Rahmen veränderte, so ähnlich konnte man dies auch bei dem Phänomen Körperkonzept beobachten. Denn Schönheit und Fitness, Parameter des Körperkonzeptes, wurden zu gesellschaftlich genormten Motivstrukturen, nach deren Bedingungen das Individuum sich selbst prägt und seine Ziele selbst definiert.

#### *4.1.2 Das Körperkonzept und Gesundsein*

In jeder Etappe der Geschichte waren bestimmte, für den Zeitabschnitt typische Vorstellungen über Gesundheit verbreitet, und bestimmte körperliche Konzepte, die auf die Entwicklung der Krankheitspanoramen Einfluss nahmen. Diese Vorstellungen spiegelten damalige Lebensumstände und Lebensanschauungen wider. Kollektive Interpretationen der Gesundheit und das Körperversständnis haben sich allerdings nicht nur in verschiedenen Zeiträumen, Gesellschaftskreisen oder in einzelnen Gruppen unterscheiden. Sie wirkten auch auf die individuellen körperbezogenen Erfahrungen, Emotionen und Interpretationen. Nach Duden (1991) sind viele von diesen Interpretationen für uns unbegreifbar und entsprechen bei weitem nicht unserem heutigen Körperbegriff.

Die erste Erwähnung der Gesundheitsbezogenheit des Menschen zeigt sich in der ältesten Hochkultur des mesopotamischen Reiches, wo die Götter die Priester in Ärzteschulen erzogen haben. Ähnlich auch bei der griechischen und später christlichen Kultur, ist „(...) menschliches Gesundsein, bzw. Kranksein durch unterschiedliche Weisen des Befindens und der Kommunikation mit der Welt

---

<sup>4</sup> *Gesundsein* x *Gesundheit* vertreten in dem oben geschilderten Verständnis nicht das Gleiche, sondern Gesundsein wird als eine Art von Seinsweise (ein Resultat der phänomenologischen, d.h. anschauend - vernehmenden Erfahrung) und die Gesundheit als eine Summe der Erfahrung gesehen (vgl. Tellenbach, 1983, S. 689).



(...)“ charakterisiert (Tellenbach, 1983, S. 681). Nach Tellenbach sind beide begriffliche Pole (Gesundsein x Kranksein, wie auch Körper x Seele) in diesem Zeitraum verschränkt, und Kranksein gilt sogar als Vorbedingung des Strebens nach höherem Gesundsein (vgl. mit der Antonovsky's Auffassung von Stress, bzw. Krankheit als Herausfordernde Elemente im menschlichen Leben). Die Gesundheit an sich kann man aus damaligem Verständnis mittels vier Kernaspekten umfassen – Leben, Tod, Gesundsein und Kranksein. Interessante philosophische Sichtweise über die Polarität dieser vier Kernaspekte äußert auch Nietzsche (1966, S. 59, S. 116): „Das Lebende ist nur eine Art des Toten, und eine sehr seltene Art“ und „Leben – das heißt, grausam und unerbittlich gegen alles sein, was schwach und alt an uns wird“ (zit. nach Tellenbach, 1983, S. 683).

Im Gegensatz zur späteren positivistisch –reparativen Medizin<sup>5</sup> war der Ursprung aller alten Hochkulturen die Heilkunde, wo die Priester zugleich die Ärzterolle vertreten haben.

Auch wenn die Anatomie schon über Jahrhunderte bekannt war, waren ihre Erkenntnisse bis fast die Neuzeit (19. Jahrhundert) nicht erwünscht und auch auf dem wissenschaftlichen Feld hatten sie kaum Bedeutung. Die Untersuchung des menschlichen Körpers war von der Kirche verboten, und falls sie (ob auf Leichen oder auf lebendigen Körper – sog. Sektionen) doch durchgeführt wurden, dann meistens geheim und mehr aus Neugiertrieb als aus Forschungsgründen. Das Mittelalterdenken war von vielen Vorurteilen durchgewebt und suchte seine Erklärungen in Analogien, etwa in der Art, dass der Körper als ein Mikrokosmossystem - Analogie zum Makrokosmos – wahrgenommen wurde. Diese Auffassung findet sich vor allem in der Lehre Galens, die die damalige Medizin sehr stark beeinflusste. Zum Beispiel bildete der Blutkreislauf nach Galens *Lehre über die Elemente* den Sternenkreislauf (Solarkreislauf) im Weltraum ab. Gesundheit und Krankheit waren nach Galens Lehre über die Elemente von dem Gleichgewicht der körperlichen Säfte abhängig. In allgemeinem Bewusst-

---

<sup>5</sup> So nennt Tellenbach (1983, S. 682) die naturwissenschaftliche Medizin.

sein wurde die Krankheit als eine Gottesprüfung oder Gottesstrafe für ein gesellschaftliches Vergehen angesehen. Seine Untersuchungen fanden aber an Tierleichen statt, was zu Folge hatte, dass in seiner Lehre viele Missverständnisse und falsche Bilder über den menschlichen Körper gebracht worden sind.

Allerdings hatte solches, auf Vorurteilen basierendes Denken dann auch zur Folge, dass man den eigenen Körper nicht bewusst wollte, da ja die Verantwortung für die eigene Gesundheit doch zum größten Teil in Gottes Händen liegen würde. Näher lag da der Gedanke, sich vom eigenen Körper und auch dem Körper der anderen zu distanzieren.

Auf der „medizinischen“ Ebene galt seit der altgriechischen Kultur als Inbegriff des Gesundseins *Daiata*. *Daiata* schliesst sechs Richtpunkte „*sex res non naturales*“ ein: 1. Licht/Luft; 2. Speise/Trank; 3. Arbeit/Ruhe; 4. Schlaf/Wachen; 5. Ausscheidungen/Absonderungen; 6. Anregungen des Gemütes. Der sich über die Kirchenväter, die arabische Medizin und ihr *Humanum* in den „*regimina sanitatis*“ (den Gesundheitsregeln) des Mittelalters tradiert hat, und bis in den Anbeginn der modernen Medizin bestimmend geblieben ist (vgl. Tellenbach, S. 682). Während im Christentum das Heilsein dem ganzen Menschen zugeschrieben wurde, trennt sich die naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizin von dem christlich orientierten Holismus und betrachtet Leben und Gesundheit unter der Perspektive des Pathologischen. Dieser physiologisch – anatomischen ausgerichteten „Defekt-Philosophie“ fühlt sich auch die heutige Medizin noch sehr stark verpflichtet. Auf dieses letztere medizinische System werde ich später in diesem Kapitel noch eingehen.

Im Folgenden möchte ich zuerst einmal im Rahmen des oben angesprochenen Körperkonzepts, die Funktion des menschlichen Körpers (einschl. seines Zustandes) im sozialanthropologischen Kontext kurz darstellen.

Im europäischen Mittelalter war die Identität mit dem eigenen Körper für eine rechtliche und politische Verantwortung bedeutsam, also gesellschaftlich von Belang. Die Sozialanthropologin Douglas (1973) sieht den Körper als ein soziales Werk, welches die Weise seiner Wahrnehmung bestimmt, und auf der anderen Seite manifestieren sich in seiner Wahrnehmung bestimmte soziale Kategorien. Man kann also über einen Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung von eigenem Körper, dem Gesundheits- und Krankheitsverständnis und kultur-

gesellschaftlichen Werten und ihren Einflüssen auf das eigene Körperkonzept und Gesundheit sprechen, und umgekehrt.

Trotz der kulturellen und gesellschaftlichen Einflüsse, bleibt der Grundpfeiler bei der Konzipierung der Gesundheit, das Körperkonzept. Durch seine eigene Natur wurde der Körper zu einer gewissen Form „gezwungen“, die nützlich für die Gesellschaft ist (vgl. Pfister, 1996). Der Körper ist auf einer Seite das Medium der Selbstrealisierung und Verbindung mit der Umwelt, auf der anderen Seite ein Träger von Gesellschaftskodierung und ein Ort der sozialen Kontrolle. Im Sinne einer systemfunktionalistischen Vorstellung vom Körper und Gesundheit wird das Wohlbefinden als unbehinderte Kommunikation, bzw. Kranksein als Kommunikationsstörung (Kommunikationsverlust) bezeichnet (vgl. Tellenbach, 1983, S. 684).

Mit einem Körperschema setzen sich auch Faltermaier (1994), Beck (1986) auseinander. Körperschema, als eine greifende Ich-Wahrnehmung, ist wesentlich verantwortlich für die Mensch-Umwelt-Interaktion. Während der Entwicklung entsteht zuerst eine eng umweltbezogene Körperwahrnehmung, dass sich mit der Zeit trennt, und der Körper kann von einer gewissen Distanz auch als Objekt von dem Individuum wahrgenommen werden. Die meiste Zeit ist aber das Selbsterleben und Körpererleben miteinander verbunden, das „sich in der Umwelt Bewegen“ findet automatisch statt. An den Körperkonzept/ das Körperschema bezogen, sind besser die Zusammenhänge zwischen dem Körper, den alltäglichen Beschwerden, der alltäglichen Orientierung und dem gesamten Wohlbefinden zu verstehen. Subjektivität und subjektive Theorien nehmen in diesem Bereich an Bedeutung zu.

Gesundheit und Krankheit, genauso wie Körperbezogenheit sind von gesellschaftlichen und ideologischen Auffassungen, Werten und Kontexten abhängig (vgl. Petzold, 2006). Also die Veränderung der Gesellschaft prägt sich auch an dem Körperkonzept, der Selbstwahrnehmung aus. Die meisten Menschen passen sich an eigene Kultur an, indem sie bereitwillig alle Kulturformen annehmen, die ihnen angeboten werden, ohne über diese kritisch nachzudenken. Fromm (1988) unterstützt diese Auffassung. Er meint, dass unsere Einstellungen und unser Handeln von dem wirtschaftlichen und staatlichen Apparat und von den Massenmedien manipuliert werden. Letztere beherrschen im starken Mas-

se das Leben der Gesellschaft und spielen eine ganz wichtige Rolle bei der Gestaltung von Werten. In dieser Funktion wirken sie auch auf die Einstellungen zu unserer eigenen Gesundheit. Dazu meint Faltermaier (1994, S. 11), dass im Rahmen des Einstellungswandel in der Gesellschaft, die Gesundheit „(...) zu einem zentralen Wert, für viele Menschen zu dem ‚höchsten Gut‘, zu einem Inbegriff von Leben“ wurde. Diese veränderte Einstellung zur Gesundheit kann man zuallererst an der Einstellung zum eigenen Körper erkennen. Die mechanistisch-funktionalistische Auffassung (s.o. S. 3), in der der Körper als Maschine gesehen, die nur bei Störung wahrgenommen wird, wird abgelöst von einem bewussten Verhalten zum eigenen Körper (vgl. Faltermaier, 1994, S. 12).

Bevor ich mich mit dem schon kurz angesprochenen neuen Gesundheitsverständnis befinde näher befinde, möchte ich doch ein bisschen zurückschauen, und zwar zu dem klassischen medizinischen Modell, das eine Zeitlang in der Gesellschaft „konzurrenzlos“ dominierte. Um dies verständlich zu machen, möchte ich kurz die Geschichte und die Bedeutung des medizinischen Systems (die Geschichte der Krankheit, bzw. Gesundheit) im europäischen Bereich schildern, um, wie auch Faltermaier (1994, S. 12) anführt, „die Notwendigkeit einer erweiterten Perspektive“ in dem Gesundheitssystem zu begründen.

Abgesehen von antiken Vorläufer und der arabischen Medizin, hat sich das medizinische System bereits im 12. Jahrhundert angefangen in der Gesellschaft zu legitimieren. Im 16. Jahrhundert entsteht das offiziell erste Anatomiebuch des Menschen (1543 veröffentlicht Vesal ein vollständiges Lehrbuch der Anatomie). Die Kenntnisse über die Struktur des menschlichen Körpers und die Tatsache, dass gerade der Mensch an den Untersuchungen des Leibes beteiligt und hauptverantwortlich ist, führen zu einer „Entsubjektivierung“, was bedeutet, dass der Körper als ein Objekt angesehen wird, als Organismus, dessen Existenz ausschließlich auf biochemischen und physikalischen Prozessen beruht. Über Jahrhunderte hält sich das naturwissenschaftliche Paradigma, das jegliche Krankheit als eine Störung innerhalb der Physiologie des Körpers wahrnimmt, das auf die Symptome der Krankheit fokussiert. Mit diesem pathologisch orientierten Ansatz dienen als Erklärung und Ausgangspunkt für die Körperfunktion, bzw. Krankheitsbetrachtung innerhalb dieses Paradigmas, innerhalb dieses Paradigmas, die Analysenmethoden, die Organe, Zellen bis hin zu den Molekül-

strukturen erfassen können. Demzufolge wird der gesamte Mensch in viele isolierte Systeme eingeteilt und damit aus seiner natürlichen Umgebung herausgerissen. Objektive Messungen „des Körpers“ erlauben auch ein Diagnosesystem zu entwickeln, das auf der Beseitigung der Krankheitssymptome (nicht viel Krankheitsursachen) basiert (vgl. Faltermaier, 1994).

Große Bedeutung in der Gesellschaft erreichte dieses Denkparadigma im 19. Jahrhundert. Auf dem Feld der Neuentdeckungen wurden in diesem Zeitabschnitt Fortschritte vor allem im Bereich der Infektionskrankheiten gemacht, deren Behandlung noch eine Grundlage für das heutige medizinische System darstellte. Faltermaier (1994, S. 15) erwähnt auch die geschlechtsspezifische Differenzierung in den Aufgaben-, bzw. Berufsaufteilung, wo die Medizin ursprünglich die Männersache und die Krankenpflege die Frauensache war. Ostner und Beck-Gernsheim (1979) verstehen unter dem „Frauenphänomen“ in der Medizin eine Art Kompensation dieses einseitig orientierten Ansatzes, indem die Gegenwart von Frauen im medizinischen System aus emotionaler Sicht stark zur Ganzheitlichkeit in der Pflege beitragen.

Andere Medizinhistoriker, wie McKeown (1982) führen an, dass in den Mortalitätsstatistiken zwar ein Rückgang zu vermerken sei, die Ursache dafür sei jedoch mehr die Veränderung der Lebensumstände des Menschen (qualitativ und quantitativ ausgewogene Ernährung, Wohnbedingungen, Körperhygiene, Industrialisierung u.a.), als die Bewältigung von Krankheiten (vgl. Faltermaier, 1994, S. 16). Daraus kann man ersehen, einmal, dass sich langsam eine andere Determinante der Gesundheit in Vordergrund schiebt, und zum anderen, dass überhaupt die Gesundheit als Lebensqualität, als ein Gegenpol der Krankheit an Bedeutung zunimmt. Faltermaier (1994, S. 16) zitiert eine klar formulierte Argumentation von Göckenjan (1985, S. 19), die in dem Gesundheits-/Krankheitsverständnis der Gesellschaft lange Zeit dominierte: „Ärzte und Medizin sind zentral für unsere Gesundheit, Gesundheit ist das Wichtigste für jeden von uns, also sind die Ärzte unsere wichtigsten Helfer und Beschützer.“. Heutzutage stößt dieses Argument an seine Grenzen und die Ärzte werden nicht mehr als einzigen Beschützer unserer Gesundheit wahrgenommen, im Gegenteil in vielen Fällen vergrößert sich das Bedürfnis, die ärztlichen Aktivitäten mit anderen, alternativen Verfahren zu kombinieren.

Auch das Spektrum der Krankheiten ist durch gesellschaftliche Veränderungen bzw. Wandlungen anders geworden. Diese Veränderungen verlangen nach anderen Ansätzen im medizinisch –soziologischen Bereich. Die früher überwiegend dominierenden Infektionskrankheiten wurden allmählich von chronisch-degenerativen Erkrankungen abgelöst. Aufgrund der Disharmonisierung des menschlichen Lebens durch negative ökologische Einflüsse, inhumane Arbeitsbedingungen, politische und soziale Anforderungen, herrschen in unserem Krankheitsspektrum heutzutage Herzkrankheiten, Herz-Kreislaufkrankungen, Bronchitis, Adipositas, Diabetes mellitus, Krebs, und im zunehmendem Maße auch psychische Störungen und Krankheiten, wie Depression, Süchte und Aggression und das sogar schon bei Kindern im frühen Schulalter (vgl. auch Faltermaier, 1994). Hier kommt die Medizin an den Punkt, wo sie feststellt, dass die Lösung des aktuellen Zustandes im Gesundheitsbereich, zusätzliche andere Perspektiven und Ansätze benötigt, in denen sich die Integration und Vernetzung des Wissens von verschiedenen wissenschaftlichen, aber auch nicht-wissenschaftlichen Disziplinen verbinden. Nicht nur das kurative Vorgehen, sondern viel mehr präventive Maßnahmen wären von großer Bedeutung. Mehr zu wissen sichert aber nicht, dass dies auch immer in die Tat umgesetzt wird. Weshalb das Potenzial der Prävention heutzutage mehr diskutiert als tatsächlich genutzt wird, ist bestimmt eine sehr interessante Fragestellung. Ich möchte aber nicht den Rahmen meiner Arbeit weit überschreiten, bleibe also bei der Annahme, dass die Erklärung dafür politisch-wirtschaftliche Hintergründe hat. Dass die Menschen heute älter werden als früher, bedeutet noch lange nicht, dass die Menschen auch gesünder werden. Die Entwicklung der Medizin mit ihren Technologien, der Genetik, Biochemie und aller anderen naturwissenschaftlichen Disziplinen, sichert ein breites Angebot an Bewältigungsmöglichkeiten in der kurativen Medizin. Allerdings fehlt irgendwo auf diesem Kontinuum in der Praxis ein „natürliches Element“, das allgegenwärtig ist, und die richtigen Zusammenhänge zwischen der Entstehung/Bewältigung von Krankheiten, den Lebensumständen des Menschen und Erhaltung der Gesundheit aufzeigt. Es ist also mehr oder weniger klar, dass Individuum und die Gesellschaft in einer gegenseitigen Abhängigkeit stehen. In der kultur-historischen Entwicklung der Körperlichkeit wurde dieses „natürliche“, verbindende, ausgleichende „Ele-

ment“ nicht oder kaum gesucht. Es kam zu einem reibungslosen Übergang zwischen der bewussten Körperwahrnehmung, und zwischen der Vernachlässigung des Körpers, bzw. übertriebenen Aufmerksamkeit auf das „Innere“.

Die Versuche, Gesundheit wissenschaftlich zu beschreiben, greifen zwar weit in die Geschichte. Allerdings bewegte sich die gesundheitsbezogene Denkweise *getrennt* auf den zwei gegen gesetzten Polen, entweder war sie stark körperbezogen, oder wurde von ideologischen Vorstellungen und normativen Vorgaben (Strukturen) von der „richtigen Lebensweise“ geprägt (vgl. auch Faltermaier, 1994, S. 56).

Die technische Entwicklung und die „Entwicklung“ der Gesellschaft überhaupt, hat es mit sich gebracht, dass der Mensch, wie eine Maschine, sein Alltagsleben nicht *bewusst* lebt oder wahrnimmt, sondern oft automatisch, *unbewusst reagiert*. Es ist uns jeder Zeit möglich, wann immer wir wollen, über weite Entfernung Verbindung miteinander aufzunehmen, ohne körperlich präsent zu sein. Eigenartigweise schaffen wir es aber nur mühsam oder manchmal gar nicht, einen Dialog mit unserem Körper (bzw. mit unserer Gesundheit), in dem wir leben, der uns also sehr nahe ist, herzustellen. Dabei wird auch unsere Bewegung (körperliche, geistliche) mehr oder weniger gehindert.

Am Rande des „gesundheitlichen Systems“ steht ein Bewegungssystem von Moshe Feldenkrais. Mit dem „*gesundheitlichen System*“ meine ich hier, alle in der Gesellschaft bis jetzt diskutierten Subsysteme (wissenschaftliche Disziplinen, Methoden, Ansätze, Modelle), die sich mit der Gesundheit/Krankheit beschäftigen.

Feldenkrais (1989) setzte sich mit Bewegungsabläufen und menschlichem Lernverhalten auseinander. Er beobachtete eigene Körperbewegungen, verfeinerte sein kinästhetisches Empfinden und entwickelte eine Methode, durch die er wieder schmerzfrei gehen konnte. Motiviert durch diese Erfolge baute er die Methode in jahrzehntelanger Forschungsarbeit aus. Im Zeitraum von ca. 40 Jahren entwickelte er die nach ihm benannte Methode, die sich seither in der ganzen Welt verbreitet und zunehmend Anhänger findet. Seine Lehre basiert auf Neurophysiologie. Als eine ganz überlegene Sichtweise vom Leben, bzw. von der Gesundheit, die eine tiefe Logik und das Menschen-Umwelt in hat zum Anliegen:

„Ich fasse also mit meine Händen an (...) Dieses Anfassen, Berühren, Bewegen, dieses Be-Greifen und Be-Handeln lebender menschlicher Körper ermöglicht es mir, die Erkenntnisse der großen Forscher und Autoren in die Praxis umzusetzen und dadurch etwas zu erreichen, wovon diese selbst keine Ahnung hatten, nämlich die unmittelbare Nutzenanwendung ihres Wissens hier und jetzt, indem ich es in die nicht-verbale Sprache der Hände übertrage als funktionale Integration und in die verbale, die Wort-Sprache, als Bewusstheit durch Bewegung.“ (Feldenkrais, 1985, S. 25).

Bewusstheit und Dialog vertreten in Feldenkrais Lehre eine zentrale Rolle. Feldenkrais behauptet, dass wir uns von Geburt bis zum Tod in einem geschlossenen Kreislauf befinden, der aus Skelett, Muskeln, Nervensystem und Umwelt besteht. Er fokussiert in seiner Arbeit auf die Zusammenwirken der einzelnen Elemente, auf die *Organismus-Umwelt-Interaktion*. Seiner Meinung nach kann das Leben durch das Lernen leichter verändert werden, indem man absichtsvoll, also bewusst handelt und reagiert, als wenn man nur den Reaktionen der rigiden Strukturen, wie Knochen, Muskeln, Nervensystem, Raum-Kultur-Zeit unterliegt. Er hebt den Unterschied zwischen der quantitativen und qualitativen Vorgehensweise des Handelns hervor, denn für ihn ist wichtiger das *Wie* unseres Handelns als das *Was*. Die *Bewegung* bezeichnet er als den *besten Zugang zum Leben*. Dabei ist es wichtig, sein Bewegungsleben *selbst gesteuert* zu gestalten. Die Selbststeuerung könnte die Grundlage der Existenz eines jeden Menschen werden, da sie einen Garanten dafür darstellt, sich selbst schützen, die Energie von außen aufnehmen, kurz gesagt, sich einfach selbst erhalten zu können, um die eigene Lebensqualität verbessern, also gesund leben zu können. Antonovsky, mit dessen Gesundheitsmodell ich mich im Folgenden noch beschäftigen werde, verwendet dafür den Begriff Widerstandsressourcen.

Im Zentrum des Feldenkrais'schen „Gesundheitsmodells“ steht der Zusammenhang von Bewegung und Bewusstheit und deren Bedeutung für das menschliche Leben, bzw. die Gesundheit. Welche Rolle spielt die Bewusstheit in unseren Handlungen nicht nur im Alltag, sondern während der gesamten Lebensspanne?



*Bewusstheit durch Bewegung* sieht Feldenkrais als

„einen Lernprozess, der benutzt wird, seit die allererste Zelle sich eine Membrane aneignete, und dadurch eine individuelle Notwendigkeit der Selbststeuerung entwickelte. Es beinhaltet (...) einen Lernprozess, welcher Selbststeuerung leichter und angenehmer macht, weil er der Art von Lernen gleicht, das mit Wachstum selbst einhergeht.“ (Feldenkrais, 1988, S. 9).

Die zwei zentralen Begriffe in Feldenkrais praktischer, wie theoretischer Arbeitsweise, „Bewusst durch Bewegen“ und die „Funktionale Integration“ stellen eine grundlegende Möglichkeit dar, zu lernen, wie man lernt (Lernen-Lernen). Der Lernprozess steht vorrangig vor dem Erreichen des Zieles. Der Lernprozess stellt sich dar als ein Kontinuum, auf dem das bewusste Erfahrungssammeln durch Bewegung stattfindet. Dabei sollte man die natürlichen Gesetzmäßigkeiten des Wachstums respektieren, die keine künstliche Beschleunigung und keinen Druck zulassen (vgl. Feldenkrais, 1988). Das Denkparadigma von Feldenkrais enthält im Bezug zur Gesundheit sowohl kurative/reparative, als auch präventive Maßnahmen, die in dem eigenen System nicht voneinander getrennt betrachtet werden dürfen, sondern als Ergebnis (bzw. Teilergebnisse) des Prozesses wahrzunehmen sind.

Die Konsequenz, die aus dem Ansatz von Feldenkrais gezogen werden könnte, könnte sein, dass das in der Medizin bisher vorherrschendes Denkparadigma nicht mehr ausreicht, um auf die aktuelle Gesundheitssituation flexibel, effektiv und effizient zu reagieren. Dazu äußert sich auch Lames (1996), indem er auf die Tatsache der Kostenkrise im Gesundheitswesen hinweist, die aus der Gesundheit ein wirtschafts- und gesellschaftspolitisches Thema geworden ist. Aus dieser globalen Sicht werden auf einer Seite immer neue Quellen der Gesundheitsstabilisierung der Menschen gesucht, um durch die präventive Maßnahmen, die die Kosten/Ausgaben für die Behandlung von Krankheiten senken lassen sollen, auf der anderen Seite, ist das immer noch der Wirtschaftsmarkt, der den Ton gibt, und dank dessen auch nicht konsequent gehandelt wird.

Im vorigen Jahrhundert begann das übliche Denkparadigma – der Mensch als Objekt - in vielen Bereichen der Wissenschaft, Wirtschaft, und auf gesell-

schaftspolitischer Ebene allgemein sich zu verändern. Auf die Gesundheit, bzw. Krankheit fokussiert, wurde das Spektrum der gesundheitlichen Probleme sehr stark. Mit der Entwicklung im naturwissenschaftlichen Bereich konnten die Infektionskrankheiten überwiegend bekämpft werden, zugleich wurden sie aber durch Zivilisationserkrankungen (chronisch und degenerativ verlaufend) Erkrankungen „ersetzt“, die ihren Ursprung im Lebensstil und in den Lebensumständen des Menschen, also umweltbezogen und psychosozial Determinanten, hatten.

Es ist eigenartig, dass sowohl auf der gesellschaftspolitischen Ebene, als auch in wissenschaftlichen Kreisen, werden oft Sachen diskutiert, erst wenn sie zu einem Problem geworden sind. Dies trifft auch für Fakten im Zusammenhang mit der Gesundheit zu. Die kurativ ausgerichtete Medizin mit ihren symptomatisch orientierten Maßnahmen wurde zu einem Problem. Sie konnte die gesamten unterschiedlichen Phänomene von Krankheit und deren Ursachen nicht mehr erfassen. Aus diesem Grunde wurden auf dem Feld der Gesundheit Lösungen im Rahmen der Interdisziplinarität gesucht. Das neue Denkparadigma, wird nicht mehr als „getrennt“, sondern als „vernetzt“ bezeichnet. Ein bedeutender Vertreter des Vernetzten Denkens Naturwissenschaftler Capra (1998) ertappt den Gedanke von Geoffrey Chew, dass „Die Natur und alle darin vorkommenden Phänomene sind grundsätzlich vernetzt, sie hängen alle irgendwie zusammen (...)“ (Rappel, 2005, S. 173).

Auch Rappel (2005, S. 173) greift diese Stellungnahme auf, und erweitert sie noch um den Aspekt von Subjektivität des menschliches Denkens und Handelns, und um die Tatsache, dass wir uns ein Leben lang in einem Lernprozess befinden.

Der wichtigste Darsteller von dieser dreidimensionalen, also bio-psycho-sozialen Auffassung der Gesundheit, ist Aaron Antonovsky mit seinem Modell der *Salutogenese*. Sein Gedanke, als Ausgangspunkt, hat bis heute mehreren Gesundheitsmodells tangiert oder es in sich integriert (vgl. Kap. 7.1). Die salutogenetische Auffassung der Gesundheit, auch wenn in 1970er Jahre des letzten Jahrhunderts zum ersten Mal erschienen, bleibt sehr aktuell und auch in der wissenschaftlichen Literatur häufig diskutiert. Als ein leitender theoretischer Hintergrund des Projektes Gesundheitswochen in der Grundschule möchte auch

ich dem Konzept der Salutogenese in diesem Kapitel eine besondere Aufmerksamkeit widmen.

Wie auch andere Autoren in ihren Schriften erwähnen, steht dieses im Gegensatz zu dem biomedizinischen Modell (vgl. Rappel, 2005; Faltermaier, 1994). Mit seiner salutogenetischen Forschung beabsichtigte Antonovsky nicht, die Pathogeneseforschung abzulösen, sondern diese Betrachtung um eine komplementäre Sichtweise zu bereichern. Er richtet sein Interesse nicht auf spezifische Symptomatik, sondern auf die Tatsache, dass ein Organismus seine Ordnung nicht aufrechterhalten kann (vgl. Petzold, 2006, Bengel, 1998). Das bedeutet, dieses Modell fokussiert vor allem auf den Gesundheitspol des Maximal-Minimal-Gesundheitskontinuums (*health-ease* x *health-disease*, also *Gesundung* x *Entgesundung*) und nicht auf die "Mangelbereiche" (das Pathologische) im gesundheitlichen Zustand des Menschen. Die Gesundheit wird als ein zwischen Gleichgewicht und Ungleichgewicht ständig variierender Prozess wahrgenommen (vgl. Faltermaier, 1994), als ein "sich Auseinandersetzen" mit Ungleichgewicht, und nicht als "unbeweglicher" Zustand, wo Kranksein x Gesundsein, (bzw. Leben x Tod) zwei dichotome Kategorien, von einander mehr oder weniger getrennte Pols darstellen. Mit ähnlicher Auffassung kam auch Nietzsche (s.o. S. 3), in der er Tod als natürlichen Teil des Lebens bezeichnet (vgl. Tellenbach, 1983).

Antonovsky sieht die Gesundheit als ein multidimensionales Kontinuum als eine Bahn, in der sich der Mensch auf und ab bewegt, ist nicht mehr oder weniger krank oder gesund, sondern mehr oder weniger immer beides. Das heißt, ein Mensch kann weniger oder mehr gesund sein, die Gesundheit ist aber immer da. Einen optimalen Gesundwerden/Gesundsein erreicht der Mensch, wenn sich die Schwankung zwischen den beiden Polen in einem Balancezustand befindet. Aufgrund seiner Abstraktion ist dies ein schwierig beschreibbares Ereignis, das, um eine konkrete Vorstellung zu schaffen, auch gut mit einer Waage verglichen werden kann (vgl. Rappel, 2005, S. 174).

Dank dieser holistischen Darstellung des Gesundheitsprozesses wird der Mensch nicht nur auf bloße Ätiologie der Krankheit reduziert, wie es in der biomedizinischen Betrachtungsweise praktiziert wird, sondern mit seiner ganzheitlichen

Dimension (psychischen, kulturellen, sozialen, biologischen) und seiner Lebensgeschichte beachtet (vgl. Rappel, 2005, S. 174).

Nicht nur die Beschreibung von objektiven Faktoren, wie die kulturelle, soziale oder ökologische Umwelt, die Lebenssituation des Menschen genügt dafür, die Zusammenhänge innerhalb des Gesundheitsprozesses aufzuklären. Rappel (2005, S. 175) schildert wichtige Fragen, die Faltermeier im Bezug zur Erhaltung der Gesundheit stellt, etwa folgend:

- Wie schaffen es Menschen gesund zu bleiben?
- Wie gehen sie mit Belastungen um, dass sie ihre Gesundheit erhalten oder fördern können?
- Welche Ressourcen haben sie, um ihre Gesundheit zu sichern?
- Gibt es relevante Faktoren, die die Bewegung auf dem bipolaren Kontinuum erklären können?

Mit dieser Fragestellung kommen wir zu einem Wendepunkt des Gesundheitsverständnisses, wo der Mensch plötzlich als ein handelndes Subjekt und nicht nur als Objekt, der zur Verfügung der Experten steht, untersucht wird. In die ganzheitliche Umfassung des Gesundheitsbegriffes werden verschiedene Aspekte (körperliche, geistig-seelische, soziale, kulturelle, wirtschaftliche, religiöse) eingeordnet. Die Veränderungen, die auf dem Kontinuumsfeld stattfinden, sind nach Antonovsky Ergebnis von Zusammenwirkung von drei wichtigen Kategorien – nämlich den Stressoren, Widerstandsressourcen und dem Kohärenzgefühl. Diese werde ich im nächsten Kapitel näher beschreiben.

Egal, wie viel und wie groß die negative (pathologische) Auswirkung von Umweltfaktoren, die auf uns wirken, sein mag. Antonovsky behält sein Fokus auf das "weniger oder mehr Gesundsein", auf die Orientierung innerhalb einer Linie und verzichtet in seinem Verständnis auf die dichotomische Trennung von Gesund x Krank. In seiner Fragestellungen geht er eher die Richtung der "abweichenden Fällen", als nur sich auf die Ursachen zu konzentrieren, die den pathologischen Zustand unmittelbar auslösen. Er führt mehrere Beispiele von Studien, die im biomedizinischen Sinne bestimmte Krankheitsfaktoren untersuchen und fragt dabei, wie so ein Teil der befragten Personen nicht unter den festgestellten Beschwerden leidet. Bemerkenswert ist, dass Antonovsky (1997, S. 27)

anstatt über ein Patienten über eine Personen redet, die aus der salutogenetischen Sicht eine Teil eines Kontinuums ist und nicht ein bloßer Teil eines pathologischen Feldes der Krankheit. Interessant ist auch die Konsequenz, die aus seiner Betrachtung von den Kerncharakteristika (Heterostase, Altern, Entropie) der lebenden Organismen folgt. Diese Konsequenz ermöglicht uns die komplementäre Beziehung zwischen Pathogenese und Salutogenese in einer Dimension zu schildern, in der ganz wichtige Rolle die gesamte Geschichte des Menschen, Copingressourcen, Charakter der Stressors und der erfolgreichen Auflösung der Spannung, die Quellen der *negativen Entropie* und ihre Auswirkung auf die aktive Adaptation des Menschen spielen (vgl. Antonovsky, 1997, S. 30). Negative Entropie stellt in Antonovsky's salutogenetischem Konzept einen zu Entropie antagonistischen Prozess, also den Weg zu einer Kohäsion anstatt zu Zerlegung. Das salutogenetische Denken bietet nicht eine geschlossene Theorie an, sondern ein für die Ergänzung durch Weiterentwicklung von Copingstrategien offenes Konzept, über das Antonovsky zwar keine umfassende, interdisziplinäre Untersuchungen zu den untergenannten Gesundheitsfaktoren in einem konsequenten empirisch wissenschaftlichen Ausmaß durchgeführt hat, Gründe dafür liegen jedoch mehr oder weniger an den finanziellen Ressourcen, die er dazu benötigt hätte (vgl. Petzold, 2006).

#### *4.1.3 Interdependenz von Stress, Widerstandsressourcen, Kohärenzgefühl*

Stress (engl.: Druck, Anspannung; lat.: stringere: anspannen) basiert, ähnlich wie Gesundheitsbegriff, auf verschiedenen Definitionen, die zugleich verschiedene Maße berücksichtigen. So können wir Stress z.B. von einer medizinisch-biologischen Sicht (vgl. Nitsch, 1981; Gartner, 1992; Pauling, 1992; Hurrelmann, 1991), von einer psychologischen Sicht (vgl. Hurrelmann, 1991), psychosozialen Sicht (vgl. Mansel und Hurrelmann, 1991) betrachten. Stress bezeichnet psychische und physiologische Reaktionen (ob bei Menschen oder Tieren), die durch spezifische äußere Reize (Stressoren) hervorgerufen werden und die zur Bewältigung besonderer Anforderungen befähigen und zum anderen die dadurch entstehende körperliche und geistige Belastung. Einfacher ausgedrückt, bezeichnet Stress die Anpassung des Körpers an die *Stressoren* (vgl. Selye, 1953). Stress und ihn verursachende Reize kann man heutzutage auch

bipolar anschauen. Stress, der Krankheit verursachend und schädlich ist, wird auch als *Distress* genannt. Distress (Allgemeines Adaptationssyndrom - AAs) entwickelte als ursprüngliches Stresskonzept Selye (1953), und widmete die Aufmerksamkeit vor allem den langfristigen (chronischen) Stressfolgen. Die Auswirkung von Stress ist auf der biologischen Ebene – organ-zellulären und der kognitiv-emotionalen Ebene bekannt. Langfristige Ausschüttung von Stresshormonen (Adrenalin und Noradrenalin) und Glukokortikoiden in Blut können zur Beschädigung der Blutgefäße führen und demzufolge auch den Nieren Schaden verursachen. Aufgrund der veränderten Konzentration von Serotonin wird die kognitiv-emotionale Struktur des Menschen unter Stress durch Verwirrung, Konzentrationsprobleme, Halluzinationen, Angst, Schuld, Deprivation, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Traurigkeit, Ärger oder aber auch kurzfristig durch Erleichterung gekennzeichnet. Dies kann sich selbstverständlich auf das menschliche Verhalten übertragen, indem man sich z.B. zurückzieht, es zeigen sich Appetitlosigkeit, Geistesabwesenheit, Schlafstörungen, affektives oder im Gegenteil gedämpftes Verhalten (vgl. Schmitt, 2001, S. 92).

Diesen Gedanke erweitert dann Lazarus (1966) in seinem „*transaktionalen Stressmodell*“ (s.u.). Auch wenn biomedizinische Stresstheorien, die sich mit der Untersuchung von Katecholamin-, Cortisol-, Testosteron- System befassen, einen wesentlichen Beitrag zu Aufklärung prozessualer Eigenschaften von Gesundheit leisten, eignen sie sich weniger als Modell, das die Zusammenhänge einer prozessualen Gesundheitsauffassung erklärt (vgl. Lames, 1996, S. 11).

Nicht detailliert, aber doch angedeutet und als *Eustress* hat Selye (1976) auch die vermutete positive Wirkung von Stress bezeichnet. Im übertragenen Sinne salutogenetisch orientiert zeigt sich das *transaktionale Stressmodell* nach Lazarus (1966, 1981). In diesem Modell werden komplementär zu den oben genannten Aspekten/Symptomen von Stress persönliche Bewertungsebenen eingefügt, die die Bewältigung von Stress mit kognitiven Bewertungsebenen (vgl. Widerstandsressourcen bei Antonovsky, Kap. 4.1.2) wesentlich mitbestimmen. Cohen (1984) unterscheidet sog. *primäre Bewertungsebene (primary appraisal)*, wo man die gegebene Situation zuerst bewertet und versucht sie einzuordnen als stressige, positive, kontrollierbare, herausfordernde oder unbedeutende. *Sekundäre Bewertungsebene (secondary appraisal)* stellt die Auswahl von Be-

wältigungsressourcen und Bewältigungsoptionen. Hartig (2004, S. 8) führt noch den Begriff *Nebenbewertung* an, in dem es sich um eine Bewertung handelt, die nach unternommenen Bewältigungsversuche erfolgt, sie entspricht also einer bilanzierenden Analyse. Der gesamte Bewältigungsprozess (coping) bestimmt anschließend die gesundheitlichen Konsequenzen einer Stressepisode. Stress, als eine Interaktion (Spannungsfeld) zwischen dem Individuum und seiner Umwelt, ist also durch Einstellung und Erfahrung des Menschen beeinflussbar. In der transaktionalen Auffassung vom Stress (Lazarus und Cohen, 1977) bedeutet *Stressor*

„eine Anforderung der internen oder externen Umwelt eines Organismus, die ihr Gleichgewicht stört, und dessen Wiederherstellung eine nicht-automatische und nicht unmittelbar verfügbare, energieverbrauchende Handlung erfordert“ (Antonovsky, 1981, S. 72; Faltermaier, 1994, S. 48; Rappel, 2005, S. 178).

Weniger ausdifferenziert, dafür aber klar abbildendes Modell von Pearlin (1987, Pearlin et al., 1981) stellt Lames (1996, S. 12) vor. In diesem Modell wird Gesundheit als Ergebnis des Zusammenwirkens von Lebensbedingungen, Stressoren und Ressourcen verstanden. In seinem Verständnis nimmt Gesundheit eine Position auf einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit ein, zu Lebensbedingungen gehören sowohl soziodemographische als auch soziale Rollenkontexte, als Stressoren werden akute, einmalige und chronische Ereignisse, Belastungen bezeichnet, wobei auch die Interdependenz zwischen Stressoren für Pearlin (1987) eine Rolle spielt. Ressourcen sind alle Faktoren, die den Stressprozess beeinflussen. Lames (1996, S. 14) führt noch andere stress- und sozialisationstheoretische, bzw. ressourcenorientierte Ansätze - z.B. Becker (1992) mit seinen gesundheitsrelevanten Ressourcen oder an die soziale Unterstützung angelehnte theoretische Überlegungen von Cohen (1988), Gottlieb (1981), Udris (1987), Hurrelmann (1991) - an, die er als geeignet für die Gesundheitsförderung hält. Ich persönlich sehe diese Ansätze wegen ihrer Transparenz, Greifbarkeit und Überprüfbarkeit auch als relevante Sichtpunkte für den Bereich der Gesundheitsförderung. Diese Modelle setzten sich mit der ausführlichen Zusammenhangbeschreibung innerhalb der Mensch-Umwelt-Interaktion

und schließen auch die Vorstellung von einem Gesundheits-, Krankheitskontinuum ein. Sie konzentrieren sich jedoch überwiegend an die Bewältigung von pathologischen Auswirkungen von Stress, bzw. von psychischer Belastung.

Im Antonovsky´s Modell spielen die Stressoren eine wichtige Rolle, denn wie auch oben erwähnt, als Risikofaktoren beteiligen sie sich an der Symptomatik verschiedener Krankheiten, Störungen und pathologischen Auswirkungen (vgl. auch Faltermaier, 1994, S. 48). Zu dem bisherigen Verständnis von Stressoren fügt also Antonovsky eine neue Dimension bei, in der Stressoren als Herausforderung definiert werden. Die Stressoren bringen Entropie in den Organismus, das heißt sie vermitteln eine Erfahrung, die „durch Inkonsistenz, Unter- oder Überforderung und fehlende Teilhabe an Entscheidungsprozessen charakterisiert ist“ (Antonovsky, 1997, S. 44). Demzufolge entsteht ein Spannungsfeld oder auch Spannungszustand, als für alle Symptome ausgehende Position (vgl. Rappel, 2005, S. 178; Faltermaier, 1994, S. 50), er kann also auf das menschliche Gesundsein positive oder negative Auswirkungen haben.

Um die Position von Stressoren in Antonovsky´s salutogenetischem Modell aufzuklären, ist es sinnvoll, die so genannte generalisierte Widerstandsressourcen<sup>6</sup> (GRRs) und generalisierte Widerstandsdefizite<sup>7</sup> (GRD) zu definieren. Gelingt es die Stressorenwirkung Richtung positiven Pol des Gesundheits-Krankheitskontinuum zu lenken, also eine positive Spannungsbewältigung von Stresssituation zu erzielen, so kann auch das Gleichgewicht zwischen Stressoren und den Widerstandsressourcen wiederhergestellt werden (vgl. Rappel, 2005, S. 175). Widerstandsressourcen stellen also ein „Merkmal einer Person, Gruppe oder Umwelt, das eine wirksame Spannungsbewältigung erleichtern kann.“ dar (Antonovsky, 1981, S. 99). Faltermaier (1994, S. 51) führt kurz gefasst die Beispiele von Widerstandsressourcen an:

---

<sup>6</sup> Generalized resistance resources = GRRs

<sup>7</sup> Generalized resistance deficit = GRD



- Gesundheitspräventive GRRs (z.B. nutzen von Vorsorgemaßnahmen)
- Physikalische und biochemische GRRs (z.B. stabile Immunsystemfunktion)
- Kognitive und emotionale GRRs (z.B. Wissen, Intelligenz, Selbstidentität als Ich-Identität von Erikson als Schlüsselkonzept zum Verständnis der menschlichen Psyche)
- Effektive Bewältigungsstile als GRRs (z.B. Fähigkeit flexibel zu reagieren, rational und voraussichtsorientiert handeln)
- Interpersonale GRRs (z.B. soziale Unterstützung und Einbindung an soziale Netzwerke)
- Makrosoziokulturelle GRRs (z.B. religiöse und kulturelle Quellen) (vgl. auch Rappel, 2005).

Im Gegenteil von Widerstandsressourcen, auf die man bei Bewältigung von Spannungszustand zurückgreifen kann, stehen die Widerstandsdefiziten. Befindet sich man in einer Situation, in der ihm keine lösungsorientierten Möglichkeiten unmittelbar zur Verfügung stehen, also in der man nach keiner Ressource automatisch greifen kann, entsteht ein Spannungszustand, in dem das Gehirn zu deuten gibt, dass ein Bedürfnis zu erfüllen ist. Dieses Fehlen von einer entsprechenden Ressource – ein Widerstandsdefizit – bezeichnet Antonovsky auch als Stressor (vgl. Antonovsky, 1997, S. 43).

Antonovsky unterscheidet drei Arten von Stressoren:

- Chronische Stressoren
- Wichtige Lebensereignisse
- Tägliche Widrigkeiten

### *Chronische Stressoren*

Im begrifflichen Sinne vom „*endemischen Stress*“ bezeichnet Fried (1982, S. 6) chronische Stressoren als langfristig im menschlichen Leben generalisierte Phänomene, die als andauernde Mangel, anhaltender Verlust, Depression, fortdauerndes Erleben inadäquater Ressourcen oder Lösungsmöglichkeiten. Sie werden als primäre Determinante des SOC – Niveaus (vgl. Antonovsky, 1997, S. 44) gesehen.

*Wichtige Lebensereignisse (akute und chronische)*

Als wichtige Lebensereignisse kann man außerordentliche, emotional sehr stark geprägte Ereignisse, die auch die rationale Bewertung des Menschen überschreiten. Sie zeigen sich nicht nur in positiv bewerteten, sondern auch in negativen Vorkommnissen, wie z.B. Kündigung, Karriereaufstieg, Tod von geliebten Menschen, Familienzuwachs, Pensionierung u.a. Antonovsky meint, dass der Vorfall an sich nicht allein als Stressor charakterisiert wird, sondern dass viel mehr die daraus entstehenden Konsequenzen und die Spannung auflösende Tatsache, dass solche Ereignisse kaum Vorhersagbar sind, erst den Stressor ausmachen. Erst durch das SOC – Niveau wird entschieden, ob die Folgen (Ergebnisse) des Geschehens und dessen Bewältigung sich als schädlich, neutral oder fördernd herausstellen. Lazarus (1984a) schließt in die täglichen Widrigkeiten nicht nur einzelne Ereignisse ein, sondern auch chronische Umweltumstände, Besorgnisse und leidvolle emotionale Reaktionen ein (vgl. Antonovsky, 1997, S. 45).

Im Modell der Salutogenese ist die Bemühung die Stressoren vom schlechten Ruf zu befreien und sie eher als ein allgegenwärtiges Phänomen, das ein ganzes Spektrum von Konsequenzen nach sich ziehen kann, je nachdem, welche Stellungnahme man dazu einnimmt.

*Widerstandsressourcen*

Eine Vorstellung, wie Stress bewältigt werden kann, entwarf Antonovsky in seinem Konzept der Generalisierten Widerstandsressourcen (GRRs, siehe S. 18 in diesem Kapitel), zu denen er sowohl internale personale Merkmale, als auch externe soziokulturelle Ressourcen zählt. Dabei zielte er nicht nur auf die momentane Bewältigung oder Einschränkung von plötzlich auftretenden Stressoren, sondern wichtig war Antonovsky die Nachhaltigkeit im flexiblen Umgang mit Stressoren und *Copingstrategien*. Denn nur sie wirken über einen längeren Zeitraum hin als gesundheitserhaltend (vgl. Petzold, 2006, S. 5).

Widerstandsressourcen (GRRs) schalten sich in Stresssituationen nicht automatisch ein, sondern brauchen eine Initialzündung, um effektiv werden zu können. Diese Initialzündung stellt das Konzept des Kohärenzgefühls dar.

### *Konzept Kohärenzgefühl*

Kohärenz (aus dem lateinischen cohaerere) bedeutet etwa zusammenhängen, zusammenhalten, gewisse Konsistenz haben. Mit dem Kohärenzgefühl ausgestattet kann der Mensch sich im „Lebensganzen“ einordnen, kann die Hindernisse und negativen Vorkommnisse besser oder schlechter bewältigen.

Aus dem Englischen „sense of coherence“ (SOC) ist die Übersetzung ins Deutsche nicht einfach und eindeutig. Dies führt auch Faltermaier (1994, S. 51) an, indem er versucht eine richtige Interpretierung zu finden. Oft wird SOC als *Kohärenzsinn* übersetzt, wobei dies sieht Faltermaier als zu definitiv dargestellter Ausdruck. Das *Gefühl der Kohärenz* im Gegenteil spiegelt die von Antonovsky angesprochene unbestimmte Sicht von der Welt wider, die auch einen Subjektivitätsanteil einschließt. Auch da muss man aber vorsichtig mit dem Begriff operieren, denn das Wort Gefühl andererseits auch als eine Emotion verstanden werden könnte. In dem englischen hat „sense“ eine perzeptorische, kognitive und auch emotionale Komponente (vgl. Petzold, 2006). Antonovsky (1979, S. 10) definiert das Kohärenzgefühl als

„(...) a global orientation that express the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic, feeling of confidence that one's internal and external environments are predictable and that there is a high probability that things will work out as well as can reasonably be expected.“

Es ist eine Determinante dafür, wo man sich auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum befindet und auch dafür, dass man sich mehr oder weniger Richtung zum gesunden Pol bewegt. Rappel (2005, S. 180) sieht das Kohärenzgefühl als ein „Zündschlüssel, der den Motor Widerstandsressourcen in Stresssituationen in Gang bringt.“ Das Kohärenzgefühl wird mit Vertrauen des Menschen zum Alltagsgeschehen und mit Vertrauen zu eigenen Widerstandsressourcen verbunden. Dies kann nach Antonovsky allerdings nur funktionieren, wenn eine zu lösende Stresssituation für das Individuum:

- *Verstehbar ist (sense of comprehensibility)*

Das bedeutet, dass die sowohl äußere (umweltbezogene), als auch innere Impulse als strukturierte, sinnvolle und klare Informationen wahrgenommen wer-

den. Die Person mit gut entwickeltem Verstehbarkeitsgefühl geht davon aus, dass sie solche Situation vorhersagen kann oder sie zumindest erklären kann. Wenn doch ein überraschendes Ereignis an sie herankommt, kann sie dies mindestens einordnen oder es zu erklären versuchen, womit sie sich wiederum bestimmte Strukturiertheit schafft. Die Verstehbarkeit ist vor allem eine kognitive Komponente und bezeichnet die Fähigkeit, die objektive Realität objektiv zu beurteilen (vgl. Antonovsky, 1997, S. 34). Die Emotionalität, die bei jeglichem kognitiven Prozess auch sich zeigt, besteht in dem Vertrauen in Verlauf der „Dinge“. Eine Person, die eine Situation nicht versteht, nimmt das Geschehen als ein ungeordnetes, unstrukturiertes, chaotisches willkürliches Rauschen wahr und kann es nicht einordnen.

- *Handhabbar, bewältigbar ist (sense of manageability)*

Damit ist das gemeint, dass der Mensch um die Anzahl und die jede Zeit aktive Verfügbarkeit eigener Ressourcen weiß, mit denen er die an ihn zukommende Situation begreifen und bewältigen kann. Zu den Ressourcen gehören innere, selbst kontrollierte Ressourcen, aber auch sozial bedingte Ressourcen, die einem Vertrauen geben und zu denen man dann jeweils Vertrauen hat (Partner, Freunde, Familie, Arbeitskollegen, Gott, Arzt u.a.). Wenn man ein hohes Ausmaß an Handhabbarkeit erlebt, fühlt man sich nicht in einer Opferrolle zu sein, sondern handelt aktiv, und das auch in dem Sinne, dass man sich Herausforderungen stellt, wozu auch gehört, sich helfen zu lassen (vgl. auch Rappel, 2005, Petzold, 2006).

- *Bedeutsam ist (sense of meaningfulness).*

Diese dritte Komponente des SOC betrifft den emotionalen Aspekt des Kohärenzgefühls. Aus der Befragung, die Antonovsky durchgeführt hat, stellte sich heraus, dass Menschen mit einem starken SOC sehr oft Lebensbereiche anführten, die ihnen sehr wichtig oder wichtig waren. Menschen dagegen, die über ein niedriges SOC verfügten, erwähnten dies kaum oder gar nicht. Wie auch Petzold (2006, S. 7) anführt, stützt sich Antonovsky bei dem Begriff Bedeutsamkeit/Sinnhaftigkeit auf den Gedanken von Frankl (1975), der seine Logotherapie auf dem Sinnkonzept gegründet hat (vgl. Antonovsky, 1997, S. 35). Dies beschreibt, inwiefern die Anforderungen, die das Alltagsleben bringt, als wert-

volle Herausforderungen wahrgenommen werden, für die es sich lohnt, eigene Energie einzusetzen.

Die angeführte Differenzierung der drei Komponenten, findet sich sehr präzise zusammengefasst in Antonovskys Definition des Kohärenzgefühls:

Kohärenzgefühl ist „(...) eine globale Orientierung (...), die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

- die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
- einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
- diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“ (Antonovsky, 1997, S. 36).

Antonovsky hat zuerst das Kohärenzgefühl als ein komplexes Phänomen wahrgenommen, das durch sich wiederholende Erfahrungen geprägt wird. Das sind Erfahrungen, die „(...) durch Konsistenz, Partizipation bei der Gestaltung des Ergebnisses und einer Balance zwischen Überlastung und Unterforderung gekennzeichnet sind.“ (Antonovsky, 1997, S. 36). Auch wenn ein erfolgreiches Coping mit dem gesamten Kohärenzgefühl zusammenhängt, so taucht dennoch bei einer detaillierten Betrachtung dieses Begriffes die Frage auf, wie die drei zu gewichten sind. Wenn eine der drei Komponenten stark ausgeprägt ist, heißt es noch lange nicht, dass man deshalb schon gesund ist. Es müssen alle drei Komponenten zusammenwirken. Diese können sich gegenseitig potenzieren oder schwächen. Es sind auch nicht alle drei Komponenten gleich zentral positioniert. Wenn man eine Reihenfolge aufstellen möchte, so wäre der motivationale Aspekt der Bedeutsamkeit, danach die Verstehbarkeit und anschließend die Handhabbarkeit zu sehen (vgl. Antonovsky, 1997, S. 38; Petzold, 2006, S. 7). Der Mensch ist jeden Tag einem Informationsfluss, bzw. einem Fluss von Impulsen ausgesetzt. Unabhängig davon, wie viele verstehbare, handhabbare oder bedeutsame Herausforderungen dies sein mögen, ist es nicht immer möglich sie

erfolgreich zu bewältigen, integrieren, ohne eine sinnvolle Grenze zu ziehen. Kurz gesagt bedeutet dies, die Tatsache zu akzeptieren, dass wir „nur“ Menschen sind und dass auch unsere Möglichkeiten und Fähigkeiten, mit den angebotenen Ereignissen flexibel umzugehen, begrenzt sind. Aus meiner eigenen Sicht bedeutet es, sich selbst in der Mensch-Umwelt-Interaktion bewusst einschätzen und einordnen zu können, indem wir Rücksicht auf unsere innere „Ausstattung“ und auf unsere äußeren verfügbaren Ressourcen nehmen. Das „Grenzenziehen“ beschreibt Petzold (2006, S. 7) als Postulierung eines Minimalbereichs, in dem grundlegende Energien gebunden werden. Er sieht diesen Minimalbereich in Antonovsky's folgenden vier Bereichen verwirklicht:

- die eigenen Gefühle
- die unmittelbare interpersonelle Beziehungen
- die bedeutsamste eigene Aktivität/Tätigkeit
- die existenziellen Fragen.

Das Kohärenzgefühl-Konzept versucht auf eine mehr oder weniger generelle Art und Weise die wichtigsten Determinanten der Gesundheit und deren Erhaltung klar zu stellen. Er bietet einen sehr wichtigen Schritt an, der in diese Richtung wesentliche Erkenntnisse und Aufklärungen bringt. Er selbst hält jedoch das Kohärenzgefühl nicht für die einzige Determinante der Gesundheit und ihrer Erhaltung.

Im Bezug auf die Nachhaltigkeit und den Sinn einer Gesundheitsförderung, bzw. Gesundheitserziehung stellt sich die Frage, ob sich das Kohärenzgefühl auch fördern lässt. Dazu möchte ich zuerst die Entwicklung des Kohärenzgefühls kurz schildern.

Das Kohärenzgefühl wird sehr stark geprägt von unseren Lebenserfahrungen, die im Laufe der Zeit zu einem Muster werden. Die Lebenserfahrungen sind beeinflusst durch die gesamte soziale Umwelt. In breiterer Betrachtung gehören dazu vor allem die Klassen-, Geschlechtszugehörigkeit, kultur-historische Kontexte der Gesellschaft, im engeren Sinne sind das z.B. familiäre Einflussfaktoren (Persönlichkeit der Eltern, Geschwister, Erziehung und Tradition, Gewohnheiten usw.). Antonovsky (1997, S. 93) nennt dreierlei Erfahrungen, die den Entwick-

lungsstand der drei Komponenten des SOC, und damit auch das eigene SOC wesentlich bestimmen. Es sind die:

- konsistente Erfahrungen, die eine Grundlage für die Verstehbarkeitskomponente bauen,
- die Erfahrung von Belastungsbalance (also Gleichgewicht zwischen Unterforderung und Überforderung zu schaffen), die wichtig für das Handhabbarkeitsgefühl ist
- und die Erfahrung der Teilnahme an der Gestaltung von Handlungsergebnissen in legitimierten sozialen Aktivitäten formt den Bedeutungsaspekt (vgl. auch Petzold, 2006, S. 7).

Die Welt, in der wir uns befinden, ermöglicht uns jedoch nicht immer die adäquaten, das Kohärenzgefühl fördernde Erfahrungen zu sammeln. Ein immer mehr und stärker diskutiertes gesellschafts-politisches Thema besteht heute darin, dass die Menschen in ihrem Alltagsleben gewisser Entfremdung, Unverstehbarkeit und Absurdität der gesamten Welt begegnen (vgl. Antonovsky, 1997, S. 103; Petzold, 2006, S. 8). Diese objektive Realität steht dann allerdings im Diskurs mit der Weiterentwicklung des Kohärenzsinns. Es gilt jedoch auch umgekehrt, dass die „Ausprägung des Kohärenzgefühls beeinflusst (...) die Art der Lebenserfahrungen.“ (Bengel et al., 1998, S. 29).

*Die Kindheit* mit allen ihren Besonderheiten ist für die Förderung des Kohärenzgefühls am besten geeignet, denn aus entwicklungspsychologischer und neurologischer Sicht, bauen sich durch ausreichende und konsistente Stimuli am einfachsten die grundlegenden SOC- Elemente auf. Die Konsistenz in der Umwelt eines Säuglings bereitet eine gute Basis für die Verstehbarkeit vor. Auf der Ebene von Bedürfnis- und Wunscherfüllung oder Nichterfüllung lernen die Kinder auf die Balance zwischen Unter- oder Überforderung zu reagieren, was auf einer natürlichen Art ihre Handhabbarkeit der äußeren Welt fördert. Das Feedback des sozialen Umfeldes, also die Tatsache, ob sie genügenden Ausmaß an Zuwendung oder umgekehrt erleben, ob sie auch die Möglichkeit bekommen sich selbst lust- und wertvoll wahrzunehmen, stärkt bei den Kindern den Sinn für die Bedeutung ihres Daseins.

Während der *Adoleszenz* ist aufgrund des hormonellen Sprungs, der Neuwertorientierung und Selbstidentität-Suche das starke Kohärenzgefühl gewissermaßen in Gefahr. Dieser Lebensabschnitt, ist durch Diskontinuität innerhalb des Wechsels von der kindlichen zur erwachsenen Welt gekennzeichnet, was sich selbstverständlich auch an der Konsistenz der Erfahrungen zeigt. Auch die Kommunikation mit den Erwachsenen ist in diesem Alter erschwert, was man in einer Ablehnung von Hilfe aus der sozialen Umwelt, sehen kann. Zu der Labilitätsgefahr trägt noch die Tatsache bei, dass auch die globale Umwelt mit ihrer Technologienentwicklung ein starkes Maß an Entfremdung mit sich bringt. Für die Stärkung des SOC bei Adoleszenten scheint es am sinnvollsten zu sein, den Jugendlichen genügend Raum und Möglichkeiten zu geben, in denen sie sich selbst, mit Begleitung von Erwachsenen, realisieren können. Mittels erweiterter schulischer oder außerschulischer Angebote, etwa sozialer Projekte, die den Jugendlichen helfen, mittels Bewegung, bzw. Sport, oder anderen kreativen Tätigkeiten (Musik, Theater), die Selbst-Identität zu erforschen und ihre Ich-Stärke weiter zu entfalten, könnte auch das SOC gestärkt werden.

Das *Erwachsenenalter* ist neben anderem auch durch einen breiteren Verantwortungsbereich charakterisiert, was zur Modifizierung, also Stärkung oder Schwächung des Kohärenzgefühls, führt. Zur sozialen Umwelt zählt mit ihrer Wirkung auf das SOC, sehr stark auch die Arbeitswelt. In den Vordergrund drängt sich auch die geschlechtstypische Differenzierung mit ihren sozialen Rollen.

Antonovsky sieht als weibliche Lebensgrundkonzeption die Rolle als Hausfrau, bzw. Mutter. Heutzutage hat sich das Spektrum der Aufgaben und des sozialen Status von Frauen wesentlich verschoben. Trotzdem kommt es immer noch sehr häufig zu einer weiblichen Überbelastungssituation, und zwar vor allem aufgrund des hohen Maßes an familiären Verpflichtungen, oft begleitet von schlecht bezahltem Nebenerwerb und gleichzeitiger intellektueller Unterforderung. In solchen Bedingungen, wo auch die Selbst-Identität der Frau ungenügend unterstützt wird, ist es mühsam hohe SOC- Werte zu erreichen.

Die Selbst-Identität des Mannes, mit der auch das Gefühl von Bedeutsamkeit/Sinnhaftigkeit zusammenhängt, ist vor allem durch seine Positionierung in der Gesellschaft bestimmt. Das männliche Kohärenzgefühl ist gestärkt oder ge-



schwächt vor allem durch seine Arbeitswelt, Teilhabe an Entscheidungen, Mitspracherecht usw. Das Maß an verfügbaren Ressourcen, wie finanzielle Mittel, Wissensvermögen und Kompetenzbereich, prägt seine Erfahrung von Handhabbarkeit. Transparenz im sozialen Netzwerk, aber auch eigene Strukturiertheit tragen bei dem Mann zu dem Gefühl von Verstehbarkeit bei.

In der Gesellschaft herrscht durch die politisch-wirtschaftliche Situation die Tendenz vor, die Lebenswerte eher durch die Arbeitswelt, also das Materielle zu bestimmen. Es sollte jedoch im allgemeinen Interesse liegen, die bedeutungsvollen Lebenserfahrungen und Wertsetzungen, als ein SOC- stärkendes Element, außerhalb der Arbeitswelt, zu gestalten (vgl. auch Petzold, 2006).

Antonovsky behauptet nicht, dass der SOC- Wert unveränderlich bleibt. Er meint, dass der sich im Laufe des Lebens ändert. Dazu zählt er nicht nur die aufsteigende Entwicklung des Kohärenzgefühls vom Kind- bis zum Erwachsenenalter, sondern auch die Tatsache, dass, nach dem ein Mensch einen hohen SOC- Wert erreicht hat, er je nach Lebenssituation, wieder zu seinem Minimal(Ausgangs)wert zurückkehren kann. Allerdings vermutet er, dass bei den Menschen, die schon einmal einen hohen SOC- Wert im frühen Erwachsenenalter erreicht haben, dieser auch mehr oder weniger stabil bleibt. Als Begründung dafür nimmt er die Verfügbarkeit von generalisierten Widerstandsressourcen, die helfen, aus den Lebensanforderungen (Stressoren) eine Herausforderung zu machen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit gut ausgehen werden. Diese Hypothese hat Antonovsky leider nicht überprüft (vgl. Petzold, 2006, S. 9).

Bengel et al. (1998, S. 31) sieht in der Formung des Kohärenzgefühls bei Antonovsky die Prinzipien der Assimilation und Akkommodation bei Piaget. In diesen bekannten Prinzipien geht es darum, dass die äußere Welt unsere Einstellungen beeinflusst, aber auch umgekehrt aufgrund innerer Überzeugungen sucht der Mensch vertraute Erfahrungsfelder aus, die die bereits vorhandene Überzeugungen bestätigen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass ein Mensch mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl in der Lage ist, sich durch Aktivierung von angemessenen Ressourcen flexibel mit den Lebensanforderungen auseinandersetzen. Hingegen ein Mensch mit einem gering ausgeprägten Kohärenzgefühl wird eher starr reagieren, da er entsprechende Ressourcen entweder nicht wahrnimmt,

sie nicht anwenden kann oder über sie gar nicht verfügt (vgl. Bengel, 1998, S. 30).

## **4.2 Ressourcenmodell von Hubert Ilg**

Die Unterschiedlichkeit in den Auffassungen von Gesundheit kompliziert gewissermaßen die Zielsetzung der schulischen Gesundheitsförderung. Ilg und Knappe (1999) gehen davon aus, dass die Grundlage des bewussten gesundheitsorientierten Einstellens und Handelns bereits in der frühen Kindheit, bzw. in dem Grundschulalter eingesetzt und gepflegt werden sollte. Dazu ist es notwendig, ein für die Grundschule taugliches Gesundheitsmodell zu finden, das die bio-psycho-sozi-spirituellen Gegebenheiten des Menschen mit einbezieht. So ein gesundheitsorientiertes Modell sollte „aussagekräftig“ genug sein, die gesundheitsorientierte familiäre Erziehung zu begleiten, bzw. sie sensibel zu „korrigieren“ und zugleich dem Druck der „medialen“ Erziehung zu widerstehen, und als ein gleichwertiger Partner den Kindern und Jugendlichen starke Impulse für ihr Gesundheitsverhalten geben. Es ist zwar nicht davon auszugehen, dass ein Gesundheitsmodell allen Ansprüchen genügt. Trotzdem sollte es neben anderem:

- wissenschaftlich fundiert sein, d.h. den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechen (vor allem aus den gesundheitsbezogenen Bereichen);
- versuchen, sich mit dem neuesten Gesundheitsverständnis auseinander zu setzen, indem es die wichtigen Gesundheitsebenen auffasst (bio-psycho-soziale Ebene); die Gesundheit als ein kontinuierliches Prozess sieht;
- verständlich, anschaulich für die soziale Gruppe sein, die mit ihm arbeitet (Lehrer, Eltern, Kindern) ;
- den Bedürfnissen der Zielgruppe folgen (gemäß dem Alter, dem Gesundheitszustand, u.a.)
- auf die Möglichkeiten und Anforderungen der Schulstufe reagieren und sie respektieren;
- Freiräume für seine präventiv-reparative Wirksamkeit aufzeigen;

- eine tragfähige Basis, zur Überprüfung seiner Ziele und Teilziele aufzubauen;
- gewisser Maß an Offenheit und Flexibilität leisten, um nicht die modellergänzende Ansichten auszuschließen (vgl. Mahlitz, 2002, S. 59).

Einerseits ist der Mensch als ein Naturwesen dargestellt (vgl. Tellenbach, 1983), andererseits hat er sich sehr stark zu einem Kulturwesen entwickelt (vgl. Fromm, 1976; Gröbning, 1993a), das als ein handlungsfähiges Subjekt charakterisiert wird (vgl. Mahlitz, 2002).

Zwar aus dem Bereich der Verhaltenstherapie stammend, jedoch eine aussagefähige Definition stellt Frederking (1996)<sup>8</sup> den Begriff '*Handlungsfähigkeit*' als

„die Vermittlung zwischen subjektiver Befindlichkeit eines Individuums und den in seiner jeweiligen Lebenssituation unter den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen bestehenden Handlungsmöglichkeiten. Von den gesellschaftlich gegebenen Handlungsmöglichkeiten und deren subjektive Wahrnehmung hängt damit auch die psychische Befindlichkeit, also die emotionalen, kognitiven und motivationalen Aspekte der Handlungsfähigkeit eines Individuums ab.“

dar.

Ilg und Knappe (1999, S. 49) setzen sich mit dem Begriff *individuelle Handlungsfähigkeit* auseinander, wobei sie diese psychologische Kategorie als eine Zusammensetzung von bio-psycho-sozialen Determinanten, „(...) die für eine Person zum Vollzug einer konkreten Handlung (...) notwendig sind.“ sehen. Die Handlungsfähigkeit soll als eine Schlüsselkompetenz beim Erwerb von Gesundheit sein, die als Prozess abhängig von dem aktuellen Zustand der individuellen Handlungsfähigkeit verläuft, und ihre Einschränkung zum Missbefinden bis hin zum Kranksein führt (vgl. Mahlitz, 2002, S. 60). Als Grund für die Verbindung

---

<sup>8</sup> Beitrag zum Kongress der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) 1996 in Berlin von Heike Frederking

„individuelle Handlungsfähigkeit“, führt Mahlitz an, dass sie von einer bestimmten Richtung und Qualität der Handlungsvoraussetzungen (-ressourcen) geprägt ist, deren Entfaltung in eine gesundheitsorientierte Handlungsfähigkeit ein individuelles Geschehen ist.

Bei dem Entwurf vom „*Modell der individuell gesundheitsorientierten Handlungsfähigkeit*“, bezeichnet auch als „*Ressourcenmodell*“ (vgl. Mahlitz, 2002; Ilg und Knappe, 1999) fassen Ilg und Knappe vier Dispositionen (Körper-, Kompetenz-, Richtungs- und Basisdisposition) zusammen, die als Teilkomponente der gesamten subjektiven Ressourcen sieht. Zu den subjektiven Ressourcen zählen Ilg und Knappe die Konstitution, Kondition, Kognition, Koordination, Motivation, Emotion, Volition und Aktivierung, die als Hauptkomponenten der Handlungsfähigkeit angedeutet werden (dazu auch Lander, 1986; Kunath, 1987; Vorweg, 1990; Ilg, 1994; Ilg und Knappe 1995a, 1995b, 1996). Neben den inneren Ressourcen (oder auch Komponenten)<sup>9</sup> beschreiben die beiden Autoren auch die äußeren Ressourcen, zu denen die Familien-, Schulumgebung oder diejenige soziale Gruppe, zu der die Kinder gehörig sind, einbeziehen. Es ist zu merken, dass im Hintergrund dieses Verständnisses die „Philosophie“ des salutogenetischen Denkens versteckt ist. In dem Modell werden die Gedanken von Antonovsky's Kohärenzgefühl und Widerstandsressourcen, von Beck's Ressourcen, und der Entwicklung Kobasas's „*hardiness*“ integriert.

In der Psychologie des Wohlbefindens stellt „*hardiness*“ eine Persönlichkeitsvariable dar. Das „*hardiness*“ - Konzept entwickelte die Psychologin Kobasa (1982) mit der Fragestellung, warum bestimmte Personen unter negativen Situationen mehr belastbar sind als die anderen. Ähnlich wie Antonovsky stellt sich „*hardiness*“ aus mehreren Komponenten zusammen: Engagement (*commitment*), Herausforderung (*challenge*) und Kontrolle (*control*). Zusammenfassend bezeichnet sie „*hardiness*“ als Stressresistenz.

---

<sup>9</sup> Ilg und Knappe (1999, S. 47) verwenden in dem gleichen Zusammenhang die Begriffe subjektive Ressourcen und subjektive Komponenten.

„(...) die Personen, die von der Wirksamkeit ihrer Handlungen überzeugt sind, sich eigenen Zielen verpflichtet fühlen und Aufgaben als Herausforderung sehen, scheinen über eine hohe Ausprägung protektiver Faktoren zu verfügen und daher weniger anfällig für psychische Belastungen zu sein.“ (zit. nach El-Giamal, 1994, [#el-giamal\\_html](#)).

In diesem Sinne führt Mahlitz an, dass die Handlungsfähigkeit zugleich als eine Handlungsmöglichkeit zu betrachten sei, indem immer mindestens eine Handlungsalternative für den Menschen vorhanden sein müsse (Passolt, 1989, S. 62). Für die Entwicklung der individuellen Handlungsfähigkeit ist es wichtig, dass der Mensch im ständigen Dialog zu seiner Umwelt steht, das bedeutet, er kann sich seiner Umwelt anpassen, sie in sich abbilden und sie sich aneignen. Dieser Prozess findet nicht nur durch Ansammeln von Informationen, sondern auch durch aktives sich Auseinandersetzen mit der Umwelt statt. In der „Kindersprache“ bedeutet dies Spielen, Erproben, Erleben, Reflektieren, Erfolge oder Misserfolge, einfach Schaffen von eigenartigen menschlichen Erfahrungen (vgl. Schilling, 1989, S. 55).

Für die richtige Betrachtungsweise ist es vielleicht nützlich zu wissen, dass aus verschiedenen Sichten (z.B. pädagogischen, soziologischen, philosophischen) werden verschiedene Umwelttypen charakterisiert. Beispiel: in der funktionalistischen Sicht objektive x subjektive Umwelt; die Umwelt wird auch in Mikro-, Mezo-, Makroumwelt unterschieden; weiter werden in der Pädagogik natürliche (familiäre, schulische, lokale und Gruppenumgebung), ökologische und gesellschaftliche (Millieu, soziale und kulturelle) Umwelt (Knotová, 2002) erwähnt.

Eine konkretere Form von gesundheitsorientierter Handlungsfähigkeit führt mit einer einfacheren Begriffsdarstellung Faltermaier (1994, S. 171ff) ein. Er setzt sich mit dem Begriff „Gesundheitshandeln“ auseinander. Das salutogenetische Denken bekommt bei Faltermaier einen stark praxisorientierten und strukturierten Ausdruck, mit dem man im Alltag operieren kann. Als eine wichtige Voraussetzung für ein Gesundheitshandeln, - gemeint sind gesundheitsorientierte Aktivitäten -, sieht er das Gesundheitsbewusstsein. Dabei muss seiner Meinung nach, die Gesundheit an sich selbst kein explizites Motiv oder Ziel solcher Handlung sein. Unterstützend wirkt diese Aussage dafür, dass die Gesundheit für die

Kinder mehr Erlebnis- als Motivfrage ist. Sein Begriff von Gesundheitshandeln stützt sich im Wesentlichen auf die Bestimmungsmerkmale vom Handeln bei Werbik (1978) und Fuhrer (1984) und ergänzt sie über die Spezifika des Gesundheitshandelns (Faltermaier, 1994, S. 173). Wie schon oben erwähnt, scheint mir wegen der gut vorzunehmenden Operationalisierung und aufgrund einer klaren Darstellung, sein Konstrukt „Gesundheitshandeln“ in der sozialwissenschaftlichen Praxis sehr gut verwertbar. Als Komponenten des Gesundheitshandelns nennt Faltermaier (1994, S. 174ff):

- „das bewusste Handeln für die eigene Gesundheit,
- der Umgang mit dem eigenen Körper und seinen Beschwerden,
- der Umgang mit Krankheiten,
- der Umgang mit Risiken und Belastungen, die in der Lebensumwelt entstehen,
- die Herstellung und Aktivierung von gesundheitlichen Ressourcen,
- das soziale Handeln für die Gesundheit oder die soziale Gesundheits-selbsthilfe,
- die Veränderung in der gesundheitlichen Lebensweise.“

Aber nun zurück zu dem angedeuteten Modell von Ilg. Folgende Abbildung zeigt in vereinfachter Form das Konzept der individuellen gesundheitsorientierten Handlungsfähigkeit, in dem Ähnlichkeiten mit Faltermaier´s Auffassung von Gesundheitshandeln aufscheinen:

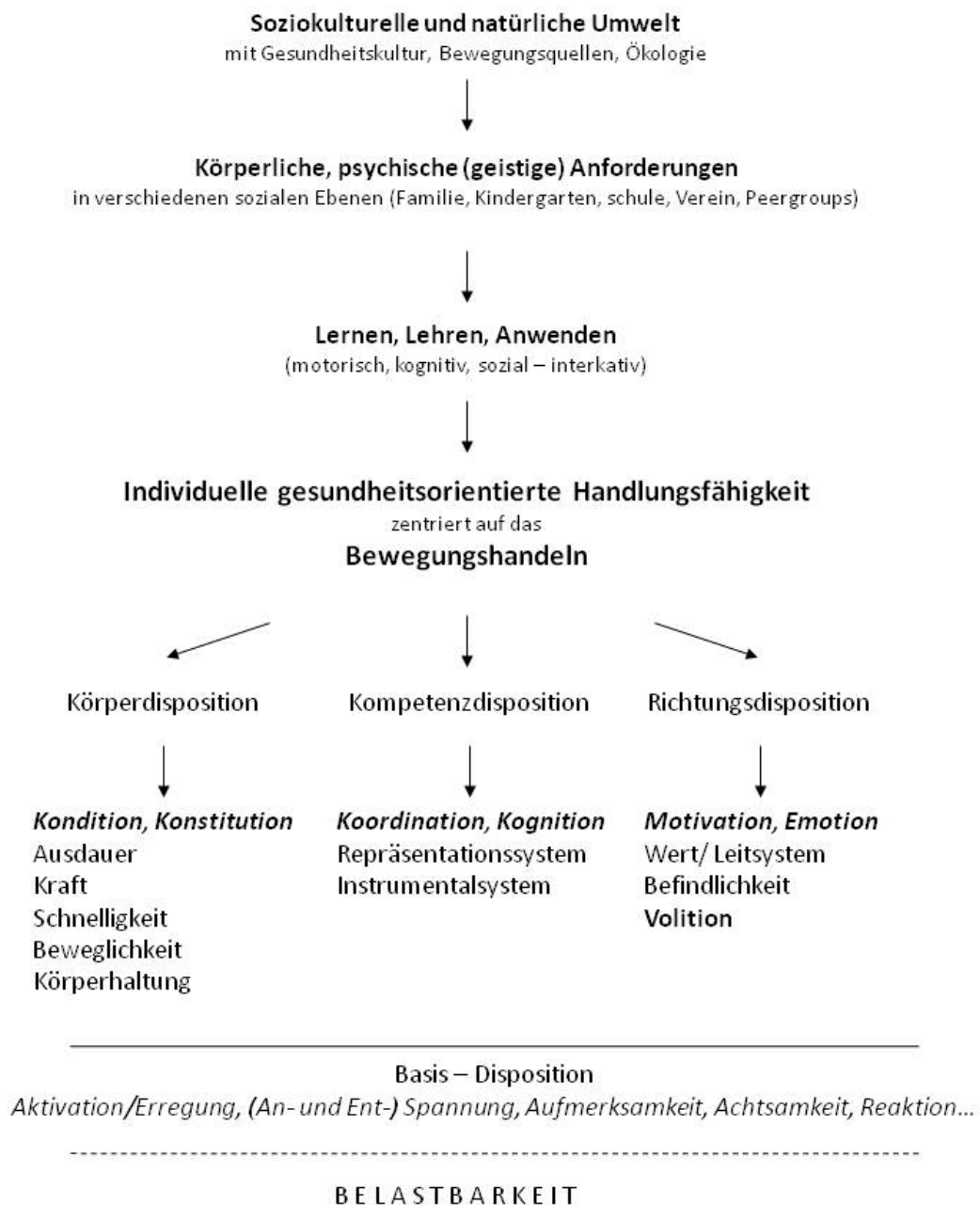


Abb. 1: Ressourcenmodell der individuellen gesundheitsorientierten Handlungsfähigkeit (modifiziert und vereinfacht nach Ilg, 2000, in Mahlitz, 2002, S. 62).

Dieses Modell scheint für das Grundschulalter sehr geeignet. Die individuelle gesundheitsorientierte Handlungsfähigkeit und Belastbarkeit (vgl. Kohärenzgefühl bei Antonovsky, Kap. 4.1.2) prägen sich laut diesem Modell sowohl in erbten als auch in erworbenen Dispositionen. Die individuelle gesundheitsorientierte Handlungsfähigkeit wird durch die äußere Welt (soziokulturelle und natürliche Umwelt) bestimmt, aber auch die Basisdisposition, die sich in der aktuellen subjektiven Befindlichkeit ausdrückt, gehört zu ihr. Ähnlich wie bei Antonovsky,

stellt die Interaktion des Kindes mit seiner Umwelt gewisse Anforderungen, die wiederum einen Spannungszustand hervorrufen, mit dem sich das Kind auseinandersetzen muss. Das heißt, dass das Kind dabei auch lernt, ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen anzuwenden und eigene Grenzen wahrzunehmen. Es befindet sich in einem natürlichen Lernprozess, der ein offenes Feld für die Interventionsmaßnahmen innerhalb der Gesundheitsförderung darstellt. Die oben genannten drei Kompetenzbereiche gelten als generalisierte Widerstandsressourcen, die einem bereits zur Verfügung stehen, die man aber auch weiterentwickeln kann, um das gesamte Kohärenzgefühl zu stärken. Zur *Körperdisposition* gehört neben konditionellen Fähigkeiten (Schnelligkeit, Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit) auch die konstitutionelle Bedingungen des Körpers (Herz-Kreislaufsystem, Nervensystem, Immunsystem, Körperhaltung u.a.). In der *Kompetenzdisposition* spiegeln sich sowohl kognitive als auch koordinative Kategorien, wie Sachwissen, Situationskonzept, Körpererfahrung, Wahrnehmung, motorische Handlungsprogramme (OAS) usw. Nach Schindler et al. (1995, S. 190) geht es in der Handlungstheorie bei der Planung von Handlungsprozesse darum, dass „(...) der Handelnde greift auf die innere Repräsentationen und kognitive Landkarten zurück (...)“ und diese könne durch externe Ressourcen unterstützt werden. Auf ein konkretes Handlungsziel bezogen, stellt dann OAS – operatives Handlungssystem, auf dessen Grundlage das Individuum einzelne Handlungsprogramme entwickelt (Hacker, 1978).

Die *Richtungsdisposition* beinhaltet die Motivations- und die Emotionsebene, zu denen Wert-, Normwissen, Bedürfnisse, Sinnhaftigkeit, Selbst-, Lebenskonzept, Freude, Angst, Befindlichkeit, und die Volitionsebene (Anstrengung) zugeordnet werden. Bewegungshandeln der Kinder wird aufgrund dieses Modells als zentrale Determinante des gesundheitsorientierten Handelns dargestellt, weil gerade Bewegung, wie schon mehrmals erwähnt, der natürlichste Merkmal des Kindes ist. Bewegungshandeln definiert für Ilg (1999, S. 50) als:

„(...) zielbezogen und motiviert vielfältige psychomotorische Aktivitäten zur Auseinandersetzung mit Anforderungen und/oder Situationen, mit anderen Menschen oder mit sich selbst in zweckdienlicher Art und Weise zu nutzen.“



Eine vereinfachte schematische Gleichung zeigt die Grundsteine des Ressourcenmodells von Ilg, als Basis des Gesundheitswochenprojekts:

$$\begin{array}{c} \text{gesundheitsrelevante Kenntnisse + gesundheitsrelevante} \\ \text{Einstellungen} \\ = \\ \text{gesundheitsrelevante Bewegungshandlung des Kindes} \end{array}$$

*Abb. 2: Die Grundsteine des Ressourcenmodells, einfach dargestellt (vgl. Mužík, Dohnalová, 1999)*

Welche Auswirkungen sowohl auf der funktionalen, als auch auf der psychosozialen Ebene das Bewegungshandeln hat, werde ich näher im Kapitel 5.2.3 beschreiben.

#### **4.3 Gründe für die Wahl des sozialpsychologischen Gesundheitsmodells von Aaron Antonovsky und des Ressourcenmodells von Hubert Ilg für das Projekt „Gesundheitswochen“**

In den vorigeren Kapiteln diskutierte aktuelle Gesundheitssituation in der Gesellschaft und die theoretischen Grundlagen und Zusammenhängen, die die Gesundheit determinieren, zeigen das Bedürfnis eines komplexeren Zuganges zur Gesundheitsproblematik. Bio-psycho-soziale Auffassung der Gesundheit, die das Modell Salutogenese von Antonovsky und das Ressourcenmodell von Ilg darstellen, kann am besten auf die multidimensionale Problematik der Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung reagieren.

Das Modell der Salutogenese mit seinem Kohärenzgefühlkonzept, auch wenn nicht bis heutzutage für die Forschungszwecke ganz konkretisiert (vgl. Bengel, 1998), bietet eine Alternative des Gesundheitsverständnisses an, mit der man flexibel und doch gezielt operieren kann. Mit seinen Gedanken fasst er sowohl kognitive als auch emotionale Seite der menschlichen Psyche und ihre Zusammenhänge mit dem sozialen Umfeld des Menschen um. Laut Antonovsky ist das Kindalter am besten für die Aufbau und Förderung des Kohärenzgefühls ange-

bracht. Die Wirkung ihres Umfeldes ist in diesem Alter, der sensiblen Entwicklungsphase am intensivsten. Das kann bedeuten, dass jegliche pädagogische Bemühungen in der Familie oder Schule, Verein u.a. die grundlegendsten Steine des Kohärenzgefühls bauen können. Und umgekehrt, meiner Meinung nach sind das gerade Kinder, die mehr oder weniger über ein ausgeprägtes SOC verfügen und es durch die sozialen Einflüsse, die sie umgeben, verlernen/verändern können. Wenn ich versuche diese Tatsache genauer zu ergreifen, stoße ich an gewisse Einschränkungen, denn in diesem Zusammenhang sind mir keine gründlich durchgearbeitete Forschungsergebnisse, also Kohärenzgefühl und Kinder, bekannt. So bleibt es mir, teilweise mit den Annahmen zu arbeiten. Allerdings gerade wegen seiner mehrseitigen Ausrichtung halte ich das SOC - Konzept für ein bedeutungsvoll ergänzendes Element für die Erhaltung von Gesundheit. Wie das natürlichste Element der Kinderwelt – die Bewegung – scheint es mir genauso wichtig ein vertrauensvolles Klima und damit verbundenes inneres Vertrauen des Kindes, also sein Selbstvertrauen, Vertrauen in die Welt und das Geschehen herum, für die Erhaltung seiner Gesundheit sehr wichtig.

Das Ressourcenmodell von Ilg ist vor allem auf die Auswirkung verschiedener Formen der Bewegung auf das Kind und seine Gesundheit, sein Gesundheitsverhalten und seine gesundheitsorientierten Einstellungen zentriert. In dem Modell werden bestimmte gesundheitsrelevante Kategorien operationalisiert, so dass es machbar wird, mögliche Zusammenhänge auf diesem Feld zu entdecken. Ganz klar werden die drei Ebenen – körperliche, psychische und soziale – miteinbezogen, indem sie durch die drei Dispositionen – Körper-, Kompetenz- und Richtungsdisposition enger definiert werden. Das Modell ermöglicht konkret die einzelnen Gesundheitsebenen mittels didaktischen Interventionen und nachfolgender Untersuchungen anzugehen, was allein nach dem Salutogenesemodell kaum möglich oder zumindest nicht einfach wäre. Auf jeden Fall würde es nicht zu einer optimalen Durchführbarkeit des Projektes im Sinne einer Evaluation beitragen. Das SOC – Konzept spielt in dem Projekt Gesundheitswochen eine „verkittende“ Rolle, es stellt ein allgegenwärtiges Element dar. Hier treten in eine engere Betrachtung die zwei Komponenten, nämlich das Bewegungshandeln und das SOC – Konzept des Kindes. Man stelle sich die Frage, wie können die Kinder den Gesundheitsbegriff verstehen, so dass sie damit im Alltag

bewusst umgehen können. Eine mögliche Vereinfachung oder Konkretisierung dieses Phänomens zeigt die Abbildung 3.

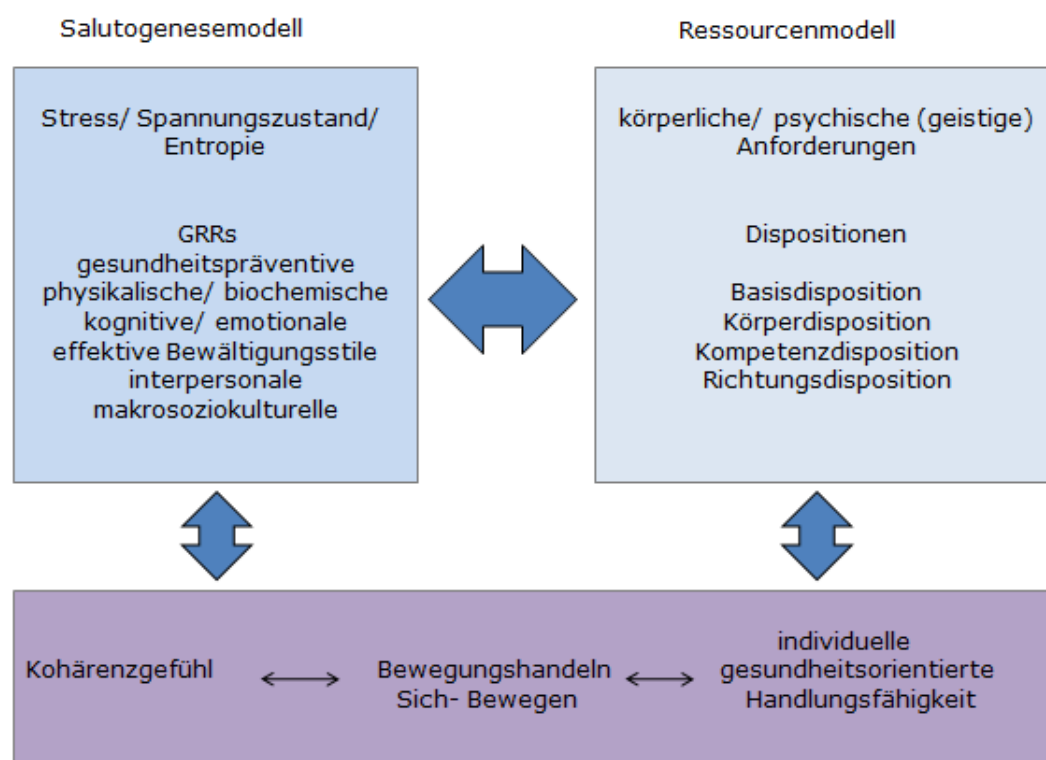


Abb. 3: Alternative der Operationalisierung des Gesundheitsbegriffs im Rahmen des Projektes „Gesundheitswochen in der Grundschule“

Es stellt sich klar, dass es kaum realistisch ist, den Gesundheitsbegriff, bzw. Kohärenzgefühl mit seiner Multidimensionalität und seinem Abstraktionsgrad den Kindern so ganzheitlich anzunähern, dass sie in ihrem Alltag damit was anfangen können. Das Bewegungshandeln in diesem Falle kann also als eine Alternative für das Kohärenzgefühl stehen. Bewegungshandeln stellt hier ein kindergerechtes Mittel dar, mit dem sie die Alltagssituationen gesundheitsrelevant bewältigen können. Mit dem Bewegungshandeln - einem Mittel, nach dem sie jeden Tag greifen können, sorgen die Kinder eigenverantwortlich für eine mögliche Nachhaltigkeit dessen Auswirkungen (vgl. auch die Ideen und Visionen der WHO, Kap. 1).

## **5 Sich Bewegen und das sozialpsychologische Gesundheitsmodell von Aaron Antonovsky**

### **5.1 Sich- Bewegen – eine pädagogische Perspektive von Bewegung**

Die Bewegung ist das natürlichste Merkmal des menschlichen Seins. „(...) *Gleichzeitig befinde ich mich, indem ich mich bewege*, als Handelnder einer Welt gegenüber: ich greife einen Gegenstand, (...) ich klettere auf etwas anderes (...)“ (Rauter, 1995, S. 15).

Ähnlich wie der Gesundheitsbegriff stellt auch der Bewegungsbegriff einen sehr komplexen und vieldeutigen Bereich dar, der „ (...) anthropologische, phänomenologische, sozialphilosophische, ästhetische und sprachphilosophische Perspektiven“ umfasst. Im wissenschaftlichen Verständnis werden verschiedene Bewegungstheorien, oder Theorien des Sich- Bewegens, unterschieden (z.B. funktionsorientierte, handlungsorientierte, phänomenorientierte) (Prohl, 1996, S. 94f), die aber nicht Gegenstand und Ziel näherer Betrachtung dieser Arbeit sind. In diesem Teil der Arbeit möchte ich mich bei der Interpretation des Bewegungsbegriffs in erster Linie auf die anthropologische Sichtweise stützen.

Die „Bewegung“, bzw. das menschliche „Sich- Bewegen“ sind Phänomene, die mit Leiblichkeit/Körperlichkeit in anthropologischen Deutungserklärungen verbunden werden. Um die Relevanz der Begriffsdeutungen für ein praxisorientiertes Bewegungsprogramm, das in der Schule implementiert werden soll, möchte ich folgenden zwei Fragen nachgehen: „Was wird unter den beiden Begriffen Bewegung und Sich- Bewegen verstanden?“ und „welches von den beiden Phänomenen kann innerhalb einer bewegungs- und gesundheitsorientierten Intervention im schulischen Bereich die anzustellenden theoretischen Überlegungen stützen?“

Im Laufe der Zeit wurden die beiden Begriffe nicht nur aus der Sicht der naturwissenschaftlichen Theorien (Naturphilosophie, Ontologie, Medizin), sondern in den letzten Jahrzehnten auch mehr aus der Sicht der Human-, Sozial- und Kulturwissenschaften betrachtet (vgl. Prohl, 1996, S. 94). Ähnlich wie bei dem Gesundheitsbegriff gibt es auch hier zahlreiche Bemühungen, die Bedeutung des Begriffs „Bewegung“ eindeutig zu deklarieren, die jedoch im Rahmen ein-

zelner, vor allem empirisch-experimenteller Ansätze auf das Erforschen, Klassifizieren und Verstehen des Begriffs ausgerichtet sind. Ob die Erklärungsversuche sich an den naturwissenschaftlichen, mechanistischen, behavioristischen oder an den anthropologischen, phänomenologischen und ganzheitlich-gestalttheoretischen Konzepten orientieren, ist eine grundlegend für das weitere Verarbeitungsverständnis. Dabei gilt es zu fragen, ob die Bewegung von außen, innen oder ganzheitlich-synthetisch zu klassifizieren ist. Der Außenaspekt der Bewegung wird von physikalischen Gesetzmäßigkeiten der Bewegung her bestimmt wird und bringt, weil er sich auf verhaltens- und messmethodisch orientierten Kriterien ausrichtet, eindeutiger, greifbarere Ergebnisse als der Innenaspekt. Der Innenaspekt basiert dagegen auf psychisch regulierten Vorgängen der Bewegung, die das Bewusstsein, die Wahrnehmung, die Problemlösung, die Strategiebildung betreffen. Des Weiteren zählen dazu alle Lernprozesse, aber auch die sensomotorische Vorerfahrung, die Persönlichkeitsentwicklung und die situativen Aspekte (vgl. Mechling, 1984, S. 97).

Wenn man die sportliche Bewegung, als „(...) wahrnehmbaren und analytisch beschreibbaren Außenaspekt, als physikalisch definierte Ortsveränderung eines (physikalischen) Körpers in Raum und Zeit (...)“ sieht, wird die Bewegung zu einem objektivierbaren Untersuchungsgegenstand gemacht (vgl. Trebels, 1992, 20f). Die außen- und innenorientierten Betrachtungsweisen der Bewegung sieht Buytendijk (1956, S. 62, zitiert nach Mechling, 1984, S. 104) als abstrakte Erscheinungsformen. Konkrete Formen der Bewegung sind, im Rahmen des ganzheitlich orientierten Ansatzes, wie er anführt „(...) *nur sich bewegende Menschen* (und Tiere), und zwar *unter bestimmten Umständen und in bestimmten Situationen*.“ Die ganzheitlich-synthetischen Ansätze sind hauptsächlich durch die Gestalt- und Handlungstheorie vertreten (vgl. Röthig et al., 1987, S. 110). Die handlungstheoretischen Ansätze sind in der Sportwissenschaft zwar nicht als Wissenschaftsmodelle zu bezeichnen, man kann mit ihnen aber dank ihrer interdisziplinären Ausrichtung (vgl. Prohl, 1991, S. 24) im Rahmen des salutogenetischen Ansatzes gut operieren.

In dem folgenden Teil möchte ich mich zuerst mit dem Begriff „Bewegung“ auseinandersetzen. Hier nenne ich einige Einteilungen, in denen die Bewegung, bzw. die menschliche Bewegung, von Autoren aus unterschiedlichen

Sichtebenen kategorisiert wird. Ich beziehe mich bei dieser Kategorienaushwahl auf die Verstehbarkeit und Inhalt von Kategorien, die praxisrelevant für pädagogische und erzieherische Ziele der Schule sein können (vgl. Mechling, 1984, S. 90). Außerdem möchte ich aus dieser Kategorisierung Stichpunkte herausnehmen und mit deren Hilfe dann den Begriff „Sich- Bewegen“ ableiten.

## 5.2 Die Bewegung

Nach Klaus und Buhr (1975; vgl. Schnabel und Thieß, 1993, S. 149f) werden fünf Grundformen der Bewegung genannt, die die menschliche Bewegung im Bezug auf ihr Gesamtsystem relativieren:

- die mechanische Bewegung, die mit der Ortsveränderung zusammenhängt;
- die physikalische Bewegung, in der die Bewegung der Moleküle einbezogen ist;
- die chemische Bewegung findet auf der atomaren Ebene statt;
- die biologische Bewegung wird durch Äußerungsformen der lebendigen Organismen gegeben;
- die soziale Bewegung , in der die individuelle und gesellschaftliche Entwicklung beinhaltet wird.

Eine andere Auffassung von Bewegung nach Metzger (vgl. Schnabel und Thieß, 1993, S. 149f) basiert auf dem Begriff der Bewegungsfertigkeit und unterscheidet die bewussten und unbewussten Bewegungsabläufe und diese Aufteilung wird mit dem Erwerb von Bewegungsfertigkeiten verbunden (vgl. Röthig et al., 1987, S. 107ff.). Mit Bewusstheit und Bewegung beschäftigte sich auf einer wissenschaftlich zwar nicht begründeten, jedoch bemerkungswerten Art und Weise auch Feldenkrais (1989; vgl. Kap. 4.1.2). Leist (1993a) und Lauken (1991) führen eine einfachere Aufteilung an, und unterscheiden dabei drei erkenntnistheoretische Einstellungen, die die Deutung des Begriffs „Bewegung“ aufzeigen (Prohl, 1996, S. 96):

- die physikalische Einstellung – Wechselwirkung zwischen körperlichen Objekten

- die funktionale Einstellung – betrifft die Struktur und Konstitution der Bewegungsabläufe
- die intentionale Einstellung – orientiert sich an die subjektiven Bedürfnisse und Erwartungen.

Baumann und Reim (1994, S. 2f) teilen die menschliche Bewegung in Kategorien, wie Alltagsbewegungen, Sportbewegungen, Arbeitsbewegungen, Ausdrucksbewegungen u.a. ein. Dazu bieten sie folgende auch für die schulische Praxis brauchbare Kategorien an:

- Offene und geschlossene Bewegungen (z.B. beim Ballspiel und der Hürdentechnik)
- Zyklische und azyklische Bewegungen (z.B. Schwimmen und Kippaufschwung)
- Einfache, komplexe und kombinierte Bewegungen (erfasst die Aktionsdichte der Bewegungsabläufe)
- Grobmotorische und feinmotorische Bewegungen (berücksichtigt die Bewegungsqualität).
- Bewusste und automatisierte Bewegungen (Bewegungshandlung / Bewegungsfertigkeit)
- Großmotorische und kleinmotorische Bewegungen (berücksichtigen die Räumlichkeit der Bewegung – Ganzkörperbewegungen und isolierte Bewegungen)
- Zeitbeeinflusste und nicht- zeitbeeinflusste Bewegungen (Berücksichtigung eines Zeitschemas, bzw. Geschwindigkeitsvorgabe und selbst gewähltes Durchführungstempo) (vgl. auch Meinel und Schnabel, 2007).

Nach all diesen unterschiedlichen Betrachtungsweisen der Bewegung stellt sich für die pädagogisch orientierte Praxis folgende zentrale Fragestellung: Wie und nach welchen Kriterien sind diese Ansätze hinsichtlich ihrer Relevanz für bewegungspädagogische Fragestellungen und hinsichtlich ihres Erklärungsbereichs zu bewerten?

Ist es, um die pädagogischen Ziele erreichen zu können sinnvoller, die menschliche Bewegung von der Außen-, Innen- oder ganzheitlichsynthetischen Sicht zu betrachten? Der in der unterrichtlichen Praxis stehenden Lehrer könnte sich

Frage stellen: „Wie soll ich die Bewegung meinen Schülern vermitteln? Von außen, von innen oder in Zusammenhängen, also ganzheitlich?“ und „welche Konsequenzen dies für mein Unterrichten?“.

Um einen klaren, für die schulische Praxis geeigneten Rahmen zu setzen, möchte ich hier der letzten Einteilung des Begriffs „Bewegung“ folgen und diese als „sportliche Bewegung“ (Bewegungsfertigkeit) betrachten, weil sie in der schulsportlichen Praxis am meisten verwendet wird. Die Grundlage der sportlichen Bewegung ist die motorische Fertigkeit, bzw. die *Bewegungsfertigkeit*. Diese beiden Begriffe, also motorische Fertigkeit und Bewegungsfertigkeit, sind hier als Synonyme zu verstehen. Nach Bös und Mechling (1992, 319f) ist Fertigkeit, bzw. Bewegungsfertigkeit eine

„weitgehend automatisch ausgeführte Komponente der bewussten menschlichen Tätigkeit, die sich vornehmlich durch Üben herausbildet. Sie ist ein Teil der Bewegungshandlung. (...) Bezieht sie sich auf konkrete Bewegungen und Bewegungsaufgaben, (...) wird sie im Sinne einer Spezifizierung als Bewegungsfertigkeit bezeichnet.“

Mechling weist in seiner Definition weiterhin auf einen graduellen Unterschied zwischen Bewegungshandlung und Bewegungsfertigkeit, also auf die Ebene des bewusst gesteuerten und automatisierten Handelns hin. Für Schnabel und Thieß (1993, S. 296) entstand Fertigkeit, und dies betrifft auch die Bewegungsfertigkeit, als automatisierte Komponente aus der „ursprünglich bewusst gesteuerten Handlungsform“ und ist als Entlastung für die willkürlich gesteuerten Bewegungshandlungen zu verstehen (vgl. Müller und Trebels, 1996). Es bleibt aber zu diskutieren, wann man eindeutig von einer Bewegungsfertigkeit oder Bewegungshandlung spricht.

Man unterscheidet zwischen sportspezifisch-technischen und elementaren Bewegungsfertigkeiten, *mit ihren verschieden Formen* wie Kriechen, Gehen, Laufen, Hüpfen, Springen u.a., die vor allem für das Kindesalter und jüngeres Schulalter typisch und von großer Bedeutung sind. Diese vielfältigen Bewegungsformen haben ihre räumlichen, dynamischen und zeitlichen Parameter. Im ganzheitlich orientierten oder handlungsorientierten Verständnis findet man in den drei Dimensionen – Raum, Dynamik und Zeit – sowohl die Elementarität als



auch die Ganzheitlichkeit der sportlichen Bewegung und deren Formen in der gesamten Person-Umwelt- Beziehung. Das pädagogische Verständnis, das in dieser Betrachtungsweise beinhaltet ist, erlaubt neben anderem die Bewegung mit ihren Merkmalen besser in den gesundheitsorientierten Rahmen einzuordnen (vgl. Gröbning, 2000; Woll und Bös, 1991).

Wie auch Meinel und Schnabel (2007, S. 211) anführen, erscheinen zurzeit in den Bewegungswissenschaften integrative Tendenzen und eine „verstärkte Zuwendung zu praxisnahen (...) Problemstellungen.“ Deswegen scheint es mir sinnvoll und bündig, auch die koordinativen und konditionellen Fähigkeiten, als Bewegungsmerkmale zu erwähnen. Diese sportmotorischen Konzepte sind in der sportlichen und sportpädagogischen Praxis bekannt und werden häufig benutzt. Das bis jetzt bestehende Konzept der koordinativen Fähigkeiten, das seine Anwendung über Jahrzehnte nicht nur im Schulsport, sondern auch im Breiten- und Gesundheitssport findet und in den letzten Jahren auch immer mehr Defizite aufzeigt, bleibt nach Mechling (2003, S. 352) „allenfalls als vorläufige Verständigungseinheiten für praxisorientierte Zwecke (...)“ (vgl. Meinel und Schnabel, 2007, S. 238). Die konditionellen Fähigkeiten stellen messbare Indikatoren der Leistungsfähigkeit dar, werden also auch den Einflussfaktoren des Gesundheitszustandes des Menschen zugeordnet. Die koordinativen und konditionellen Fähigkeiten gehören also nicht nur zu den theoretischen Grundlagen des motorischen Lernens und der Bewegungslehre, sondern dienen im integrativen Sinne stets auch der pädagogischen Praxis als Stützpunkte, oder Übergangspunkte zu den ganzheitlich orientierten Ansätzen.

Die *Bewegung und ihr räumlicher* Aspekt, bzw. ihre räumliche Ausdehnung ist mit dem Bewegungsumfang verbunden. Nach Meinel und Schnabel (2007, S. 134) ist der Bewegungsumfang als ein Merkmal des Bewegungsablaufes zu bezeichnen. Der Bewegungsumfang ist durch die spezifische sportliche Bewegung gegeben (z.B. ist es beim Skilanglauf die Größe der Schritte, beim Spiel die Bewegung auf dem Spielplatz). Weiterhin, an den räumlichen Aspekt der Bewegung angelehnt, benötigt der Mensch auch gewisse koordinative Fähigkeiten, vor allem die (räumliche) Orientierungsfähigkeit und die Kopplungsfähigkeit (vgl. Meinel und Schnabel, 2007, S. 220). Aus der pädagogischen Sicht ermöglicht die Bewegung im Raum dem Menschen und viel intensiver den Kindern,

sein Umfeld kennen zu lernen und es zu erforschen. Also heisst es auch mit der Umwelt Kontakt aufzunehmen, zu kommunizieren indem man seinen Körper in Bewegung setzt.

Der *dynamische* und der *zeitliche* Aspekt der Bewegung kuppeln aufeinander. Die Bewegungsdynamik ist vor allem im Bezug auf die Bewegungsgeschwindigkeit und -kraft durch ein Bewegungstempo und Bewegungsstärke repräsentiert. Die zeitliche Ordnung stellt sich an dem Bewegungsrhythmus und dem Bewegungsfluss dar. Aus der Sicht der koordinativen Fähigkeiten spielen hier z.B. die Reaktionsfähigkeit, dynamische Gleichgewichtsfähigkeit oder die Rhythmisierungsfähigkeit eine Rolle.

Im Bezug zu dem Begriff „Sich- Bewegen“ bilden diese drei Parameter viel komplexere Zusammenhänge, als es bei der sportmotorischen Auffassung der Bewegung der Fall ist. Mehr ganzheitlich orientiert fasst Göhner (1980, S. 231ff.) die sportliche Bewegung, bzw. das sportliche Bewegen im handlungstheoretischen Sinne auf und versteht dabei die sportliche Bewegung als ein „Produkt“, das das Tun beinhaltet und den „zugrunde liegenden Prozess“ (hier Handlungsprozess) ausdrücken soll (vgl. Mechling, 1984, S. 96f). In der sportlichen und nicht zu letzt auch in der schulischen Praxis, werden die Formen der sportlichen Bewegung häufig isoliert geübt (Laufen, Werfen, Springen...). Die Bewegungslehre unter einem pädagogischen Aspekt richtet ihren Fokus nicht nur auf sportliche, sondern bezieht auch gewisse körperliche Tätigkeiten des Alltags- und des Wirtschaftslebens mit ein, bei denen komplexere Gefüge (Antriebe, Motivationen, rationale Überlegungen, Erfahrungen usw.) berücksichtigt werden. Sie ist eher ganzheitlich ausgerichtet, also handlungsorientiert angelegt. (vgl. Fetz, 1989, S. 14).

### **5.3 Das Sich- Bewegen**

Auch wenn in der Bewegungslehre eine ganze Reihe von theoretisch begründeten Anweisungen und Erklärungen über den Mechanismus menschlicher Bewegung, deren Analyse, Struktur und Abläufe vorliegt, scheint für die pädagogischen Bemühungen bezüglich der Bewegung der Begriff „Sich- Bewegen“ viel relevanter zu sein. Aufgrund seiner „weiche“ Deutungsart eignet sich das „Sich- Bewegen“ als eine pädagogische Auslegung von „Bewegung“ besser da-

zu, die Zusammenhänge in den verschiedenen situationsbezogenen Bewegungsinteraktionen und -intentionen zu verstehen und darzustellen.

Aufgrund der Erklärungsbreite des Begriffes von Sich- Bewegen ist es nicht möglich zu einer „(...) letztgültigen und abschließenden Deutung“ (vgl. Prohl, 1996, S. 96) des Sich- Bewegens zu gelangen. Nach Seewald (1996, S. 44) lässt die „(...) normative Unbestimmtheit der Philosophischen Anthropologie sie sehr leicht zur beliebigen Legitimationsfolie für bestehende Praxen werden (...)“ und auch die „sprachkritische Durchleuchtung der selbstverwendeten Begriffe“ hinterlässt einen großen Anlass zur Diskussion über die Bedeutung und das Verständnis der „selbst gewählten“ Sprache. Jedoch wird die Philosophische Anthropologie durch ihre *Integrationsfunktion* als unverzichtbar betrachtet (vgl. Seewald, 1996, S. 45).

Aus der Sicht der philosophischen Anthropologie lässt sich der Charakter des Sich- Bewegens gut beschreiben. Vorerst scheinen mir mit Sich- Bewegen noch zwei weitere Begriffe von Bedeutung zu sein. Und zwar die „Leiblichkeit“ und die „Körperlichkeit“, die ich hier an den Begriffen „Leib“ und „Körperschema“ mit ihrem subtilen Bedeutungsunterschied schildern möchte.

Merleau-Ponty (1966) unterscheidet zwischen einem objektivierten Körper, der eher aus der mechanistischen Sicht untersucht wird, und einem lebenden Körper, der sich als der Begriff „Leib“ etabliert hat. In der Bewegungslehre werden verschiedenen Perspektiven für die Bewegungswahrnehmung angeboten, die zugleich mehr naturwissenschaftlich orientiert sind. In Bewegung und durch Bewegung, mit dem Körper und durch den Körper nehmen wir unterschiedliche Gegenstände wahr, „(...) doch ist unser Wahrnehmen nicht in dieser Perspektive eingeschlossen“ (Müller und Trebels, 1996, S. 127). Merleau-Ponty nennt dies im Gegenstand (darunter kann man den Leib verstehen) „heimisch werden und von ihm aus alle anderen Dinge nach ihren ihm zugewandten Seiten erblicken.“ (ebd.). In dieser Art von Wahrnehmen befindet sich der Mensch im „Kraftfeld“ des Gegenstandes und strukturiert es in der Gestalt: Gegenstand (Leib) – Horizont. Als Horizont wird das konkrete und unabgeschlossene Umfeld verstanden, in dem wir also nicht alle Perspektiven einnehmen können. Dann wird auch der Gegenstand (Leib) als unvollkommen, und vor allem dynamisch angesehen.

„Der Leib ist das Vehikel des Zur-Welt-Seins, und einen Leib haben heißt für den Lebenden, sich einem bestimmten Milieu zugesellen, sich mit bestimmten Vorhaben identifizieren und darin sich beständig engagieren.“ (Merleau-Ponty, 1966, S. 106).

In dieser Auffassung finde ich Ähnlichkeit mit Antonovskys Konzept des Kohärenzgefühls, das auch als gewisses „Zentrum“ menschlicher Wahrnehmung und daraus resultierender *bewusster* Handlung zu verstehen ist. Bewusst in dem Sinne, dass auch, wenn ich meine Handlung (hier wird insbesondere die Bewegungshandlung gemeint) voll automatisiert durchführe, ich mich vorher dafür bewusst entschieden habe. Ich habe mich bewusst in Bewegung gesetzt. Das Einsetzen der Widerstandsressourcen, über die man verfügt und über die man sich bewusst ist, folgt auch selektiv, je nach dem Einschätzen, Bewerten und Einordnen der gegebenen Situation im gegebenen Umfeld. Da sehe ich eine gewisse Analogie zu Merleau-Ponty's „Horizont, in dem wir nicht alle Perspektiven einnehmen können“. Im handlungsorientierten Sinne würde ich zu den Widerstandsressourcen aus psychologischer Sicht die kognitiv-emotionalen Ressourcen, und aus der sportmotorischen Sicht, die verschiedenen Fähigkeiten und Fertigkeiten zuordnen.

Welche Bedeutung wird dem Leib zugeschrieben? Der Leib gehört einerseits dem Menschen, andererseits stellt er einen Teil der Welt dar. Er erfüllt die Funktion einer Brücke, einer Verbindung, in der der Mensch und die Welt zur Einheit verschmelzen. Es geht um „(...) den individuellen Bewegungsleib, sein Fühlen und Handeln, um die Welt, die sich für ihn entfaltet.“ (vgl. Rappel, 2005, S. 219). Die Räumlichkeit des Leibes ist nicht positions-, sondern situationsorientiert. Aufgrund dieser dynamisch orientierten Auffassung unterscheiden Müller und Trebels (1996, S. 129f) einen habituellen und einen aktuellen Leib, Grupe (1984) nennt spricht, das Leib-Ich-Welt Verhältnis im Blick, von einem gelebten und einem erlebten Leib (vgl. Seewald, 1996, S. 35).

Der habituelle Leib wird als etwas vertrautes, dem man sich hingeben, sich darauf verlassen kann, also eine Art von Entlastung verstanden (vgl. Schnabel und Thieß, ebd., S. 4). Der aktuelle Leib demgegenüber stellt alle „Neuigkeiten“, Veränderungen dar, die die Zeit mit sich bringt. Müller und Trebels (ebd.) mei-

nen, dass wenn der aktuelle Leib „zu Wort“ kommen soll, dies erst passiert, nachdem sich der aktuelle Leib gegen den habituellen Leib behauptet hat. Also etwas neue kann erst dann akzeptiert werden, erst wenn es vorher *bewusst* wahrgenommen wurde. Diese bewusst zugelassene Veränderung ist dann auch nicht als Verlust, sondern als eine innovative Ansicht zu interpretieren und wahrzunehmen. Und nachdem das „Neue“ akzeptiert wurde, kann dies auch nach und nach in die eigene Erfahrung des Individuums *vertraut* implementiert werden und, in der Sprache Antonovskys, als eine fest vorhandene Ressource in die psychosomatische Ausrüstung des Individuums eingegliedert werden. Also liegt nach diesem Ansatz das Zentrum der Wahrnehmung innerhalb des Leibes, und auch die Handlungsintentionen sollen bewusst über den eigenen Leib gegeben werden. Die Habitualität des Leibes, bzw. der gelebte Leib, kann im salutogenetischen Sinne das Kohärenzgefühl darstellen und in diesem Fall als Brücke zu den daraus folgenden Entscheidungs- und Handlungsmechanismen gesehen werden.

Nach Müller und Trebels (ebd.) hat der Leib einen Außen- und Innenraum (Körperraum). Dieser Körperraum trägt in sich das Körperschema, das man als das „Zur-Welt-sein“ *eigenen Leibes* ansehen kann, oder nach Grupes *Leib-Ich-Welt Verhältnis* Auffassung entspricht das Körperschema dem Ich (eine bewusste Komponente). Durch das Körperschema wird eine konkretere Verbindung mit der Bewegung durch den Leib aufgebaut. Die Erreichbarkeit und Umsetzbarkeit der pädagogischen, bzw. erzieherischen Ziele, etwa die Kinder zu einem selbstständigen und bewussten Sich- Bewegen und (Bewegungs-)handeln zu führen, scheint also eher im Bereich des Körperschemas, der Körpererfahrung zu liegen.

Menschliches Bewegen ist immer auf Situationen der Umwelt bezogen und es kommt dabei nicht nur auf objektive und subjektive Faktoren des Sich- Bewegens (objektive Gegebenheiten, z.B. Umfeld und subjektive Wahrnehmung, Einschätzung), sondern auch darauf an, was der Sich- bewegende Mensch selbst mit den konstituierenden Faktoren tut, wie er sie beurteilt und wie er sie für sich zu einem *bedeutungsvollen Ganzen zusammenfügt*.

Wie Müller und Trebels (1996, S. 131) anführen, ist das Sich- Bewegen „das Elementarste, das dem Menschen gegeben ist und die Dinge und Räume kön-

nen unserem Bewusstsein nur gegenwärtig sein, wenn sie es unserem Leib sind.“ Das Sich- Bewegen hat ein Bewegungsziel und diesem Ziel ist eine Bewegungsintentionalität zugeordnet. Es beinhaltet immer die Ausführungsweise, den Anlass und die Bedeutung. Es kommt also dabei auf ein Bewegungsbewusstsein an, das im Vorrationalen verankert ist (Müller und Trebels, ebd.). Oft wird das Bewegungsbewusstsein als „Bewegungsregulation auf der Basis von „Programmsteuerungen“ (...) oder „Bewegungskontrollen“ durch Bewegungsproduktion und Bewegungsbewertung“ skizziert. Auch trotz ihrer Nützlichkeit verführt jedoch diese Auffassung dazu, die Komplexität des Bewegungsgeschehens nicht zu berücksichtigen (z.B. die Auswirkung des Bewegungserlebens auf die Seinsbereiche des Menschen), und dieses als „(...) eine Reihe scheinbar eindeutiger (...) Steuerungs- und Regelungsmechanismen“ aufzufassen (vgl. Nickel, 1984, S. 10).

Nach Müller und Trebels (ebd.) spielt aber das *Bewusstsein mit dem Leib als ein Ganzes* eine große Rolle im und beim Sich- Bewegen. Merleau-Ponty erklärt dies deutlich:

„Bewusstsein ist Sein beim Ding durch das Mittel des Leibes. Erlernt ist eine Bewegung, wenn der Leib sie verstanden hat, d.h. wenn er sie seiner „Welt“ einerlebt hat, und seinen Leib bewegen heißt immer, durch ihn hindurch auf die Dinge abzielen, ihn einer Aufforderung entsprechen lassen, die an ihn ohne den Umweg über irgendeine Vorstellung ergeht.“ (1966, S. 168).

Auch Größing (1993a, S. 42) unterstreicht die Bedeutung der Bewusstheit und betrachtet das menschliche Handeln als ein „bewusstes Tun eines selbstbewussten Subjekts.“

Das Sich-Bewegen ist also ein selbstgestaltetes Bewegungsgeschehen. Das Selbstgestaltungsmoment ist der Dialog. Demnach hat das Sich- Bewegen auch eine dialogische Struktur. In das schulische Umfeld umgesetzt bedeutet das, dass in diesem Sinne die Kinder, Schüler und Schülerinnen zu aktiv handelnden Subjekten werden. Durch das selbstgestaltete Sich- Bewegen befahren sie die Oberfläche der Dinge, die sie lernen und begreifen sollen, wodurch sie auch mehr Selbstkompetenz erreichen. Das „dialogische Bewegungskonzept“ von

Gordijn betrachtet, aus einer phänomenologisch orientierten Sicht, das menschliche Sich- Bewegen in einer persönlichen dialogischen Beziehung des Menschen zu seiner Welt und immer auf eine Situation bezogen. Bewegungsformen sind nach Gordijn Formen von Verhalten. Das Verhalten schließt ein Subjekt, eine Welt (Situation) und eine Bedeutung (Intention), die das Verhalten für das Subjekt in dieser Situation hat, ein. Das Sich- Bewegen hat also eine dialogische Struktur. Ein Kind schafft einen persönlich-situativen Dialog mit seiner Umwelt, während es sich bewegt. Seine Antwort auf die gegebene Bewegungssituation unterscheidet sich von den anderen Kindern durch seine Ausprägung. Dabei können die Kinder ganz unterschiedlich ihre Bewegungserfahrungen sammeln. Nach Gordijn sind es drei Arten, wie ein Mensch seine Bewegungserfahrung realisieren kann (vgl. Rappel, 2005, 214). Ich versuche dies an folgenden Beispielen illustrieren:

Im Unterricht sitzen alle Kinder auf dem Ball.

- Sie wissen noch nicht ganz, dass der Ball ihnen hilft, die richtige Körperhaltung beim Schreiben besser zu vermitteln, bzw. die falsche Haltung zu korrigieren. Und sie wissen auch nicht, wie sie diese Bewegungsmöglichkeit nutzen können. Alle Kinder befinden sich in diesem Moment in „gleicher“ Situation, aber jedes Kind reagiert auf diese gegebene Möglichkeit anders. Je nach dem, wie es seinen Körper bis jetzt erfahren hat, reagiert auch mit seiner Art von Bewegung, in diesem Fall „Sich- Positionieren“. Und umgekehrt, seine spontane Antwort auf diese Bewegungsmöglichkeit bildet für ihn eine neue Bewegungserfahrung. Der Leib antwortet auf die Situation mit dem, was er weiß. So machen die Kinder direkt eine grundlegende Bewegungserfahrung, die sie an und mit ihrem eigenen Leib erleben.
- Anders wird die Situation mit dem Sitzen auf dem Ball von dem Kind wahrgenommen, wenn das Kind über das richtige Sitzen schon vorher etwas erlernt hat. Es gibt motorische Bedeutungen, die nicht mit dem, was der Leib direkt kennt, beantwortet werden können - z.B. gezielte kräftigende Übung für die Muskulatur im Schulterblätterbereich, die oft durch falsche Muskelfunktion und Muskelkoordination geschwächt wird. Die Durchführung dieser Übung muss zuerst erlernt werden. Deswegen

werden im schulischen Bewegungsunterricht (darunter werden nicht nur der Sportunterricht, sondern auch anderen Bewegungsformen in anderen Fächern verstanden) die Bewegungsformen mit einer verbalen Begleitung gestaltet. Das Kind lernt dann dieses Bild – Bewegungsform + verbale Begleitung – durch das Üben zusammen zu setzen und zu verinnerlichen. Dabei muss es sich jedoch mit einem Widerstand auseinandersetzen: Der Körper reagiert nicht so, wie der lernende Mensch es möchte. Das Wissen über die Bewegungsform, das Können und das Empfinden stimmen nicht überein. Durch das Üben wird die scharfe Grenze zwischen das Wissen, Können und Empfinden abgestumpft. Und aus den ursprünglich streng getrennten Kategorien entsteht eine Reihe auf sich fließend und vertraut angekoppelten Handlungen. Diesen Lernprozess nennt Gordijn „Lernen durch Nachahmung“, wobei er Nachahmung der Form und Nachahmung der Intention unterscheidet. Die Nachahmung der Form bedeutet in seinem Verständnis die Nachahmung einer idealen Bewegungsform. Nachahmung der Absicht entspricht dann der Verwirklichung eines bestimmten Ziels. Beim Sitzen auf dem Ball ist Nachahmen einer idealen Bewegungsform und der Absicht sehr eng mit dem Empfinden der Kinder zu verbinden. In seinem Üben, seinen Versuchen muss das Kind für sich die entsprechende Bewegungsform finden, um sich dabei wohl zu fühlen und auch dafür motiviert zu sein, diese Bewegungsform immer wieder einzusetzen, wenn nötig.

- Ein zur Verfügung stehendes Repertoire an Bewegungsformen und erlebten Erfahrungen erlaubt dem Menschen, seine Bewegungsformen selbst zu gestalten, sie zu erfinden. Man bewegt sich hier an einem Feld, wo er damit „spielen“ kann, was ihm seine „Bewegungsausrüstung“ erlaubt. Hier wird man schöpferisch tätig und geht über das bisher Erlernte und Erlebte hinaus. Diese Art der Zuwendung zur Bewegungswelt taucht aus individuellem Interesse, Spontaneität und persönlicher Sinnfindung auf.

Das menschliche Bewegen ist also intentional, persönlich-situativ und leiblich. „Bewegung beinhaltet immer die Ausführungsweise, den Anlass und die Bedeutung.“ (S. 103)



Rappel (2005, S. 219) fasst den Prozess und die Bedeutung des Sich- Bewegens sehr klar zusammen: „Erst im Prozess des Sich- Bewegens entfalten sich die eigene Bewegungswelt und der eigene Bewegungsleib. Der Leib und die entfaltende Welt sind verrückbar und nicht konstant. Sie gründen sich im Sich- Bewegen im Dialog zwischen Menschen und Welt.“

Der dialogorientierte Ansatz, der das Sich-Bewegen interpretieren kann, könnte eine Bedingung für die Anwendung des salutogenetischen Ansatzes sein. Die Brücke dabei ist das *Kohärenzdenken*. Wie ist das gemeint? Eine der wichtigsten Ressourcen bei Antonovsky ist das Kohärenzdenken. Das Kohärenzdenken ist ein Denken in Zusammenhängen und ein Denken in Übereinstimmung: Die große und kleine Welt um uns und in uns sind miteinander vernetzt. Das Gegenteil des Kohärenzdenkens nennt Lee Nichol (in Bohm 1998, S. 8) „Fragmentierung“. Lee Nichol illustriert seine Auffassung von Fragmentierung am Beispiel einer Uhr, die, wenn sie zertrümmert wird, nur noch einen willkürlichen Haufen darstellt. Die entstandenen Fragmente haben kaum noch etwas mit der Uhr zu tun, weil sie nicht mehr in einer integralen Beziehung stehen, die die Funktionsfähigkeit der Uhr ermöglicht. Ähnlich verhält es sich nach Lee Nichol mit der Wahrnehmung des Menschen: Die Welt wird nicht mehr als ein zusammenhängendes, in sich stimmiges Ganzes gedacht, bzw. gesehen, sondern zum Zwecke ihrer Erschließung auseinander gerissen (vgl. Bohm 1998, S. 9). Das Ganze, das nur *im genauen Zusammenspiel* funktioniert, wird zertrümmert. Dies widerspricht aber der holistischen Auffassung der Gesundheit, die in den letzten Jahrzehnten auf dem Feld der Wissenschaft immer mehr zu Wort kommt. In der englischen Sprache heißt Gesundheit „*health*“. Der angelsächsische Wortstamm „*health*“ findet sich aber auch in dem Wort „*whole*“, was das Ganze bedeutet. Ganz zu sein meint nicht unversehrt zu sein und ist auch kein statisches Geschehen, sondern ein ständiger Prozess, mit mir selbst, meiner Mitwelt und meinem „über mir“ immer wieder in Einklang zu kommen oder (ideal!) im Einklang, also ganz zu sein.

Der Kohärenzsinn kann durch Bewegung gestärkt werden, da er den Bezug des Menschen zu sich, zu seiner Umwelt und im spirituellen Sinne auch zu Gott herstellt. Damit ist die Bewegung die Brücke zur Wahrnehmungsentwicklung.

Nur über die Bewegung ist es beispielsweise dem Kleinkind möglich, die Welt für sich zu erschließen. Dabei ist es wichtig, dass Kinder die Möglichkeit bekommen, möglichst vielfältige Bewegungserfahrungen der grundmotorischen Fähigkeiten zu sammeln. Hierzu gehören Laufen, Hüpfen, Springen, Klettern, Gleiten, Rollen und Rutschen (vgl. auch Grupe 1982, S. 28). Fehlt dem Kind diese körperliche Bewegung, bleibt es in seiner Entwicklung zurück. Bewegungserfahrungen gehören zu den Primärerfahrungen des Kindes, das heißt, „Bewegung und Körper sind [...] ihre zentralen Erfahrungsorgane. Mit ihnen stellen sie Beziehung zu ihrer Umwelt her" (Grupe 1982, S. 27). Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit nehmen mit vermehrten Bewegungserfahrungen zu. Wie anfangs als Kleinkind, erschließt und eröffnet sich auch der heranwachsende Mensch über die Bewegung die Umwelt und erfährt gleichzeitig sich selbst und seinen Körper.

#### **5.4 Die Bedeutung der dialogorientierte Sichtweise für das Sich Bewegen im Schulsport**

Bei den Überlegungen über die schulische und außerschulische Bewegungsaktivität und letztendlich auch über die Gesundheit der Kinder, kann man schon über Jahrzehnte, einen unbefriedigenden Stand in diesen zwei Bereichen beobachten, in dem sich anscheinend immer wieder ökonomische Einflüsse, ein ungenügendes Bewusstsein und eine deformierte Wertskala zuungunsten der Bewegungsaktivität spiegeln. Aber nicht nur das. In einer empirischen Pilotstudie stellt Altenberger et al. (2003, 2005) fest, dass nur ein geringer Teil der befragten Schülerinnen und Schüler nach der Schulzeit zur selbstständigen Bewegungsaktivität angeregt wurde. In seiner Auseinandersetzung mit den bestehenden Schwachpunkten des Schulsportsystems in einer vorläufigen Ursachenanalyse kommt Altenberger (2003, S. 32) neben anderem zu solchen Erklärungen, die einen Mangel an Dialog im *Schulsport* aufzeigen.

„1. Es bleibt zunächst unklar, inwieweit einsichtiges und übertragbares Wissen im Sportunterricht vermittelt wurde und inwieweit dieses Wissen überhaupt für die Schülerinnen und Schüler handlungsrelevant sein konnte.

(...)

3. Die Auswirkungen psychisch-emotionaler Erlebnisse und Erfahrungen wurden hinsichtlich ihrer längerfristigen Effekte (...) unterschätzt. Unterrichtszufriedenheit, Erfolg, Könnenserlebnisse oder atmosphärische Stimmigkeit des Unterrichtsklimas sind Qualitäten des Sportunterrichts, die für die Schüler und Schülerinnen offenbar hohe Bedeutung haben.

(...)

5. Es muss vermutet werden, dass im Sportunterricht (zu) wenig Zeit zur Verfügung steht für Reflexionsphasen. Die Reflexion des sportlichen Handelns der Schülerinnen und Schüler (...) sind aber wesentliche Elemente eines Sportunterrichts, dessen Ziel es sein müsste, im Dialog Bewusstmachungsprozesse anzustoßen und zu vertiefen.“

Der heutige Sportunterricht und seine Inhalte sind als traditionell und lehrplanorientiert zu bezeichnen (vgl. Altenberger et. al, 2005), und durch Sportarten und deren Bewegungsfertigkeiten gekennzeichnet. Zu seinen allgemeinen Aufgaben gehören neben anderem auch durch und mit Sport zu erziehen, und den Schülern und Schülerinnen die Grundlagen für eine selbstständig gesteuerte Bewegungsaktivität auch nach Beenden ihrer Schulzeit zu vermitteln (vgl. Altenberger, 2003, S. 32). Die methodischen Übungsreihen im Sportunterricht führen zum Erwerb von bestimmten Fertigkeiten. In diesem Sinne wird Sport als eine direkte Abbildung des Schulsports betrachtet und findet im außerschulischen Sport (als Leistungssport) seinen legitimierten Platz. Der Kontakt des Kindes mit der Umwelt läuft immer und ausschliesslich im Dialog, also über den eigenen Körper ab. (vgl. Rauter, 1995, S. 13). Also müsste man, nach Trebels (1992, S. 26f), im Sinne des dialogorientierten Ansatzes für den Sportunterricht (zitiert nach Rappel, 2005, S. 220) andere Punkte beachten:

„1. Nicht nur durch ein festes Bewegungsmuster wird die neue Bewegung gelernt, sondern die Beschäftigung mit der Bewegungssituation und der darauf bezogenen Absicht stehen im Vordergrund.

2. In der Auseinandersetzung mit der Bewegungssituation muss die individuelle Bedeutsamkeit ins Bewusstsein gelangen. (...)
3. Die Bewegungssituation soll als dialogischer Prozess eigenverantwortlich und selbstständig durchgeführt werden und nicht mit Hilfe eines „Musterbuches“ vollzogen werden. Dadurch erhält das bewegende Subjekt die Möglichkeit seine Bewegungswelt neu zu gestalten und mögliche Veränderungen auf die Bewegungssituation zu übertragen.
4. Durch die individuelle dialogische Auseinandersetzung werden standardisierte Bewegungsantworten angeschlossen und hauptsächlich persönlich gefärbte Bewegungen berücksichtigt.
5. Erfahrungen, die durch die Bewegung gewonnen werden, müssen an den Erfahrungen der Individuen anknüpfen. (...)“

Wenn die Pädagogen, und dazu zähle ich im übertragenen Sinne auch die Eltern der schulpflichtigen Kinder, nur den curricularen Zielsetzungen oder den gesellschaftlichen Normen in ihren pädagogischen und erzieherischen Bemühungen folgen, wenn sie sich nur an der äußeren Form der Bewegung orientieren und diese so auch lehren, rauben sie den Kindern die Möglichkeit, im Kontakt mit „sich selbst“, mit dem eigenen Leib zu bleiben, und sich in diesem Sinne auch weiter zu entwickeln. „Diese Ich- Bedeutung des Körpers, die Ich- Beziehung alles Leiblichen, finden wir an der Wurzel des ganzen Selbsterlebnisses des Kindes.“ (vgl. Rauter, 1995, S. 15). Das Kind lernt dem Vorgegebenen zu folgen, ohne einen tatsächlich bewussten und authentischen „Beitrag“ dazu zu leisten. Jedoch können wir den Körper des kleinen Kindes „(...) das richtige Wachsmaterial, (...) ebenso, wie deformierende Einflüsse jetzt am schnellsten und zerstörendsten ihre Wirkung entfalten können, auch unsere korrigierenden erzieherischen Massnahmen jetzt mit der grössten Aussicht auf Erfolg einwirken lassen (...)“ und „nur in der Befolgung von der Natur gebahnten Wege kann es uns gelingen, aus dem Kinde einen kraftvollen Organismus zu erziehen.“ (Rauter, 1995, S. 17). Also wenn man lernt den normierten äußeren Vorstellungen zu entsprechen und sie zu erfüllen, ohne sich selbst dabei zu berücksichtigen, die eigene Bedürfnisse zu spüren, wird man sich vermutlich auf dem Krank-

heits-Gesundheits- Kontinuum immer wieder dem Pol der Krankheit nähern. Ein Dialog mit sich selbst und mit der Umwelt scheint also unverzichtbar zu sein.

Einen passend angelegten dialogorientierten Ansatz für die Grundschule kann man in dem Modell von Andersen (2000) finden. Dieses Modell ist konzipiert für die Grundschule und basiert auf einem dialogischen Dreieck.

Dialogisches Handeln findet man indirekt auch in Pöhlmanns (1986, 1994) Theorie des motorischen Lernens. In seinem Modell (1986, S. 21) unterscheidet er Strukturbereiche, die von Informationsvermittlung über Antrieb/Motivation, Orientierung/Erkenntnis, Koordination und Kondition innerhalb einer ganzheitlich handelnder Persönlichkeit zu einer bestimmten Bewegungshandlung führen. Diesen Teilsystemen ordnet er in seinem Ansatz (1994, S. 198) solche Fähigkeiten zu, die ein dialogisches Handeln möglich machen. Diese teilt er in drei Komplexe ein:

- die perzeptive- und kognitive Fähigkeit,
- die Koordinations- und Kognitionsfähigkeiten,
- die Erlebnis-, Explorations- und Willensfähigkeit.

Zu dem ersten Fähigkeitskomplex gehören solche kognitiv-motorische Fähigkeiten, die die Orientierung regeln und mit der Informationsaufnahme zusammenhängen. Diese Fähigkeiten benötigt man, um die Informationen zu verarbeiten und sie auch zu speichern. Sie initiieren vornehmlich den Lern-Dialog. In den zweiten Fähigkeitskomplex schließt Pöhlmann die energetisch-konditionellen und koordinativen Fähigkeiten ein, die für die Ausführungsregulation notwendig sind. Der dritte Komplex beinhaltet die motivationale Fähigkeiten, die das Interesse für den Bewegungs-, bzw. Lerngegenstand beeinflussen. Dazu nenne ich hier vor allem die emotional-affektiven, die die temperament- und gefühlsabhängigen „Variablen“, und die gnostisch-volitiven Fähigkeiten, die die Willensständigkeit aufgrund der Erkenntnis, regulieren. Das Dialogische kann man vor allem in den Strukturbereichen der Motivation (des Antriebs) und der Orientierung (der Erkenntnis) beobachten. Für die pädagogische, ob schulische oder außerschulische, sport- und bewegungsbezogene Praxis kann man ableiten, durch einen aktiven Dialog (eine dialogorientierte Lehrweise) die Schüler und Schülerinnen selbst zu einer dialogorientierten Lernweise zu führen. Das bedeutet,

nicht nur im Bezug auf das motorische Lernen, sondern auch im salutogenetischen Sinne, hier im Bezug auf das Bewegungs-, bzw. gesundheitsorientierte Handeln, die Schüler und Schülerinnen:

- schrittweise zum gegenseitigen, gezielten Beobachten aber auch zum Selbstbeobachten (Achtsamkeit), und zum Fragestellen anzuleiten,
- sie zum Nachdenken, Ausprobieren, Entdecken anzuregen;
- ihre Ideen und Anregungen aufzunehmen und in den Unterricht sinnvoll zu integrieren.

Zum Lernen, Üben und Anwenden solcher Fähigkeiten sollte es jedoch ausreichend Zeit geben. Im schulischen Sportunterricht, aber auch in anderen Fächern, ist es nicht einfach, aufgrund der bestehenden curricularen Zielsetzungen und der damit verbundenen Verantwortung, die der Lehrer trägt, diesem Anspruch gerecht zu werden, und ihn auch zeitlich und organisatorisch optimal umzusetzen. Dazu gibt es die Möglichkeit, geeignete (innovative) Organisations- und Unterrichtsformen zu wählen, z. B. innerhalb spezieller Interventionen, wozu auch verschiedene Projektkonzepte zählen. Um solche Ideen durch innovative Maßnahmen effizient umzusetzen, und eine konsequente pädagogische Arbeit im dialogorientierten und salutogenetischen Sinne zu arrangieren, benötigt dies eine kohärente Zusammenarbeit, die auf einem kontinuierlichen Dialog basiert. Auf einem aktiven Dialog innerhalb der Schule (Schüler, Lehrer, Eltern) und zwischen der Schule und ihrer Umgebung (Eltern, andere institutionelle Einrichtungen).

Für eine salutogenetisch orientierte Erziehung in der Schule, bei der die Bewegung als Mittel und Ziel zugleich im Vordergrund steht, sehe ich den dialogorientierten Ansatz am richtigen Platze. Das Bewegungslernen im und mit dem Dialog kann neben motorischer parallel auch die Entwicklung anderer Fähigkeiten fördern. Es kann insbesondere ein aktives, bewusstes Dialogisieren mit sich selbst (durch den eigenen Leib und die Körpererfahrung) unterstützen, was ich für einen wichtigen Faktor für das Kohärenzgefühl, aber auch innerhalb des Kohärenzgefühls halte. Meiner Meinung nach kann ein bewusstes „Ich- Selbst“ (die Selbstidentität, das Selbstwertgefühl, Selbstwahrnehmung u.a.), das durch den Dialog unterstützt wird, zur Stärkung des Kohärenzgefühls führen.

Inwieweit das dialogorientierte und das salutogenetisch orientierte Paradigma den wissenschaftlichen Ansprüchen entsprechen, bleibt zu diskutieren. Es gibt ja auch kaum eine Möglichkeit, den Entwicklungsvorgang des Kindes vollständig wissenschaftlich zu erfassen und zu definieren. Eine gewisse Offenheit in diese Richtung eröffnet neue Forschungsmöglichkeiten, interessante Zusammenhänge auf dem Feld des Gesundheitsverhaltens (Gesundheitshandeln) detaillierter, umfassender und genauer klären zu können.

## **6 Der aktuelle Stand der Gesundheitsforschung im schulpädagogischen Bereich der Tschechischen Republik**

Um ein kohärentes Bild über den Stand der Gesundheitsforschung im schulpädagogischen Bereich in der Tschechischen Republik zu schaffen, möchte ich zuerst die Hauptpunkte der Entwicklung der tschechischen Bildungspolitik mit dem Fokus auf die Gesundheitserziehung und auch den allgemeinen Gesundheitszustand der tschechischen Population schildern, weil ich darin bedeutsame Zusammenhänge sehe. Nach der politischen Wende 1989 ist die Entwicklung der Bildungspolitik in der Tschechischen Republik in zwei Hauptphasen verlaufen. Die erste wurde durch eine radikale ökonomische und politische Transformation der gesamten Gesellschaft bestimmt. Die Bildungspolitik war gekennzeichnet von schnellen und zum Teil spontanen Veränderungen, die aber keine einheitliche Gültigkeit besaßen. Mit diesen Maßnahmen versuchte man möglichst schnell, die Überbleibsel der kommunistischen Herrschaft, die das Schulsystem als ein Werkzeug ihrer Macht benutzt hatten, zu überwinden. So hat die Novelle des Schulgesetzes vom Mai 1990, folgende grundlegende Veränderungen mit sich gebracht: Die einheitliche ideologische Ausrichtung der Schule wurde abgeschafft, die Länge des obligatorischen Schulbesuchs wurde von zehn auf neun Jahre reduziert. Des Weiteren wurden u.a. auch mehrjährige Gymnasien und kirchliche Schulen zugelassen. Dazu wurde allen Schulen eine Rechtssubjektivität gewährt, die ihnen eine höhere eigene Autonomie zugestand. Es kamen dann noch weitere Gesetzesnovellen in den Jahren 1991, 1993, 1994, 1995, 1998. Sie waren dadurch gekennzeichnet, dass sie auch den Hochschulbereich und die außerschulischen Einrichtungen einschließen. Schließlich wurde eine Schulinspektion eingerichtet, die direkt dem Kultusministerium untersteht (vgl. Rabušicová, 2002, 3f).



In der zweiten Phase, deren Anfang mit der Erscheinung des Dokumentes „Kvalita a odpovědnost“<sup>10</sup> im 1994 gesehen werden kann, beginnt endlich ein konzeptioneller Aufbau, in dem der Staat als Hauptakteur der Bildungspolitik, sichtbar wurde. In diesem Zeitabschnitt entwickelte sich eine gute Zusammenarbeit mit internationalen Institutionen und Organisationen, deren Ergebnisse und Erfahrungen die in der folgenden Zeit die Qualität der Bildungspolitik beeinflusste. Analysen des tschechischen Schulsystems wurden von ausländischen Bildungsexperten durchgeführt. Weiter wurden Programmkonzeptionen des Bildungssystems zusammengestellt, in denen die gesellschaftlichen Trends der Bildungsentwicklung und einzelne Ergebnisse der öffentlichen Diskussionen berücksichtigt worden sind. Alle diese Entwicklungsschritte dienten als Grundlage für die Ausarbeitung eines wesentlichen strategischen Dokuments des tschechischen Bildungssystems – „Bílá kniha“<sup>11</sup> (MŠMT, 2001). Ähnlich wie andere bildungsstrategische Dokumente der Länder innerhalb der Europäischen Union, so verstehen sich auch die tschechischen als „Weißbuch“, das als ein Systemprojekt „die gedanklichen Ausgangspunkte, allgemeine Vorhaben und Entwicklungsprogramme formuliert, die richtunggebend für die Entwicklung des tschechischen Bildungssystems in einem mittelfristigen Zeithorizont sein sollen.“ (MŠMT, 2001, S. 7).

Der gesamte Formungsprozess der tschechischen Bildungspolitik, einschließlich der neuen bildungsphilosophischen wie bildungspolitischen Orientierung, haben auch die Inhalte und Themen wesentlich verschoben. Diese folgten einerseits dem Bedürfnis, die ererbten Mängel des ehemaligen Schulsystems zu korrigieren, andererseits richteten sie ihr Augenmerk immer deutlicher auf die vieldimensionalen Entwicklungstrends der modernen Gesellschaft. Gerade in den letzten beiden Aussagen kann man feststellen, dass die Bildungspolitik der Tschechischen Republik mit der Europäischen Union, übereinstimmt. In anderen Fällen

---

<sup>10</sup> „Kvalita a odpovědnost“ – „Qualität und Verantwortung“ (übersetzt von der Autorin).

<sup>11</sup> „Bílá kniha“ – „Weißes Buch“

dagegen, wurden Unterschiede festgestellt, die auf die unterschiedlichen politischen Wurzeln, bzw. Grundlagen, zurückzuführen sind. Diese Differenzen, die z.B. in der Struktur des Systems, oder auf dem methodisch-didaktischen Feld sichtbar werden, können ohne weiteres auf dem „lokalen“ Niveau gelöst werden. Dagegen wichtige Themen, wie sozial-pathologische Erscheinungen in der Gesellschaft, etwa Aggression, Drogenkonsum oder Gesundheitszustand der gesamten Bevölkerung (einschl. präventive Maßnahmen), sollen für ihre Lösung eine gemeinsame Basis aufweisen. Die vielen Veränderungen im tschechischen Bildungssystem haben ihren Niederschlag auch in der inneren Reform des Schullebens gefunden, was die Inhalte und Methoden des Unterrichts, aber auch was die sozialen Bedingungen, wie etwa die Beziehung des Lehrers zu den Schülern und die der Schüler untereinander, aber auch was die Persönlichkeits- und Professionsentwicklung des Lehrers, betrifft. Beeinflusst von sehr guten pädagogisch-didaktischen Vorgaben, entstand ein Netzwerk von „innovativen Schulen und Lehrern“. In dieses Netzwerk klinkten sich auch die Eltern ein und starteten die unterschiedlichsten innovativen Projekte.

Unter dem Protektorat der Europäischen Union laufen zurzeit verschiedene internationale Projekte, die sich mit aktuellen gesellschaftlichen Themen, wie etwa der Gesundheit und der Gesundheitsförderung einer Gesellschaft auseinandersetzen. Es werden zahlreiche präventive Programme gestartet, die konzeptionell und finanziell in der Euroregion angesiedelt sind (vgl. Boček, 2001). Das gesamte Untersuchungssystem scheint für die vorgesehenen Adressaten ziemlich kompliziert und auch wegen seines Umfangs schwer handhabbar zu sein. Trotzdem versuchen die zuständigen Organe des Staates mit diesen angesprochenen Vorgaben, sehr flexibel auf die jeweils aktuellen gesundheitspolitischen Probleme zu reagieren.

1986 wurde von WHO die *„Ottawa Charta - Gesundheit für alle“* als ein Gesundheitsplan bis 2000 verabschiedet. In diesem wesentlichen Dokument ist die Gesundheitsförderung als ein Prozess dargestellt, in dem „(...) allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO, 2. Absatz) das Hauptziel gefordert wurde. Im salutogenetischen Sinne wurden Anforderungen über Wahrnehmen und Befriedigen von Bedürfnissen der Menschen,

über ihre Hoffnungen und deren Verwirklichung postuliert. Die Gesundheit als ein positives Konzept mit seinen zahlreichen Ressourcen soll als ein den Alltag begleitender Bestandteil und nicht als ein weit liegendes Lebensziel gesehen werden.

Laut der WHO Deklaration von 1998 wurde auch in der Tschechischen Republik das langfristige Programm „*Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert*“ („Gesundheit 21“) angenommen. Das Programm hat die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, auf der Basis der WHO Vorgaben zum Ziel. Damit möchte man erreichen, die offen oder latent vorhandenen Gesundheitsunterschiede länderübergreifend zu reduzieren. „Gesundheit 21“ tangiert den Erziehungs-, Bildungs- und Forschungsbereich, damit natürlich auch den Sport und die Sporterziehung. „Gesundheit 21“ beeinflusst auch die Legislative, dann die Weiterbildung von Menschen, die in den unterschiedlichsten pädagogischen Bereichen und Berufen tätig sind und schließlich verschiedene Dotationsprogramme. Das Programm stellt sich Teilziele, die in Etappen erfüllt werden können.

„Gesundheit 21“ beschäftigt sich, was den für die vorliegende Arbeit interessanten Bereich Kinder- und Jugendaltergesundheit anbelangt, mit folgenden Themen:

- *Gesunder Start ins Leben* – Es sollten solche Bedingungen für neu geborene Kinder und Kinder im Vorschulalter geschaffen werden, die ihnen einen gesunden Start ins Leben ermöglichen.
- *Gesundheit für die jungen Menschen* – Es sollten für heranwachsende junge Menschen Möglichkeiten geschaffen werden, gesund in ihre Rolle in der Gesellschaft hineinzuwachsen. Dies könnte am besten mit der Grundlegung und Stärkung der Verantwortung für die eigene Gesundheit, beides Ziele des Bildungs- und Erziehungssystems gelingen.
- *Die Schäden zu minimieren, die durch Missbrauch von Suchtmitteln verursacht wurden* – Diese Forderung betrifft sowohl Jugendliche, als auch Erwachsene und fokussiert primär auf Rauchen, Alkoholverbrauch und Drogenmissbrauch.

Für die breite Gesellschaft relevante Ziele sprechen folgende Themenbereiche an:

- *Gerechtigkeit für die Gesundheit* – Bis 2020 sollten die Gesundheitsunterschiede zwischen sozioökonomischen Gruppen mindestens um  $\frac{1}{4}$  gesenkt werden, was auch bedeutet, die sozioökonomische Einflüsse wie Lohnhöhe, Bildungsgrad und damit zusammenhängende Selbstrealisierung im Arbeitsmarkt, einzuschränken, da sie ja bekanntlich negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben (Stressfaktoren).
- *Gesunde örtliche Lebensbedingungen* – Bis 2015 sollte den Menschen viel mehr Möglichkeiten angeboten werden, in gesünderen sozialen und ökonomischen Verhältnissen zu Hause, am Arbeitsplatz und in der örtlichen Gemeinschaft zu leben. Im Rahmen dieses Ziels ist auch das Vorhaben angesiedelt, mindestens 50% Kindern die Möglichkeit zu geben, Kindergärten besuchen und 95% Kinder in die Schulen schicken zu können, die gezielt die Gesundheit fördern.
- *Gesünderer Lebensstil* – Bis 2015 sollten sich die Menschen gesunde Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten aneignen.
- *Entsprechende Kenntnisse, Einstellungen und Kompetenzen bei Fachleuten über Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung zu sichern* – Dieser Vorschlag betrifft die Weiterbildungsmöglichkeiten im Rahmen der Basispolitik von „Gesundheit 21“.
- *Forschung im Gesundheitsbereich* – Bis 2005 sollte es möglich werden, eine Gesundheitsforschung aufzubauen und damit verbunden ein Informations- und Kommunikationssystem zu installieren, die es ermöglichen, fundierte Kenntnisse zu nutzen und weiter zu geben und den gesamten Prozess auch zu evaluieren.

In Bezug auf das Transparentmachen der Ziele des Projektes „Gesundheit 21“, werden Workshops und Weiterbildungskurse von professionellen Pädagogen, bzw. Pädagogikwissenschaftlern, die vom Kultusministerium beauftragt sind, veranstaltet. Dabei werden folgende Themen angesprochen:

- Alkoholismus, Rauchen und andere Sucht- und Rauschmittel und ihre Prävention

- Gezielte präventive Programme einschließlich psychischen Entspannung
- Prävention von kommerziellen sexuellen Missbrauch und HIV/AIDS
- Prävention von Gewalt und Schikane
- Prävention von Störungen des Bewegungsapparates von Menschen
- Erste Hilfe Kurse
- Rahmenbildungsprogramme für Kleinkinderbildung
- Rahmenbildungsprogramme für Grundschule
- Rahmenbildungsprogramme für Sekundarstufe I, II, III
- Gesundheitserziehung und Prävention vom Risikoverhalten, von Verletzungen bei Risikogruppen
- Weiterbildung von Arbeitern mit Kindern und Jugendlichen
- Gesunde Ernährung und Ernährung in den schulischen Einrichtungen
- Gesundheitserziehung

Ein kleiner Einblick in die praktische Handhabung von „Gesundheit 21“ zeigt folgende Auffälligkeiten:

- Die am häufigsten angebotenen Kurse waren die, die sich mit *Gewalt- und Schikaneprevention*, mit *Rahmenbildungsprogrammen* und ihrer Umsetzung in der Praxis und mit der *Arbeit mit Kindern und Jugendlichen* beschäftigen.
- Kurse, die direkt der Gesundheitsthematik gewidmet waren, fanden im Vergleich zu den oben genannten wesentlich weniger Anklang.

Diese Feststellung spiegelt allerdings nicht alle Aspekte der realen Situation wider. Denn eigenartigerweise sind Themen wie *Sport und Schule*, *Sport für alle* oder *Programm für die Unterstützung von Sportaktivitäten der älter werdenden Bevölkerung*, im Rahmen von „Gesundheit 21“, am höchsten bezuschusst worden.

Wie die Aufgaben, die im Rahmen des Programms „Gesundheit 21“ anstehen, wahrgenommen werden, dazu gibt es nur einen zusammenfassender Bericht von 2005, wo bedauerlicherweise nur die partikulären Ziele oberflächlich bewertet und wo die ausgegebenen finanziellen Mittel aufgelistet werden. Auch wird die Wirksamkeit der bisher unternommenen Maßnahmen in keiner Zeile er-

wähnt. Nach allem, was zu „Gesundheit 21“ bisher vorliegt, ist für mich schwer verständlich, wie die Evaluation des Programms methodologisch geschehen soll. Nach all dem Gesagten stellt sich nun die Frage, welchen Platz die Gesundheit und die mit ihr verbundenen Bereiche, wie die Gesundheitsförderung und die Gesundheitserziehung im schulischen Bereich einnehmen?

Laut Mužík et al. (2005, S. 3ff) stellte die tschechische Regierung in ihrer Beschlussfassung Nr. 1046 vom 30. 10. 2002 zu dem langfristigen Programm „Gesundheit 21“ den entsprechenden Institutionen die Aufgabe, dieses Programm zu realisieren. In verschiedenen Aufgabenbereichen, deren Inhalte ich kurz geschildert habe, geht es neben anderem um die Vertiefung und Verbreitung des gesundheitsorientierten Handelns in der Ernährung, und um die Erhöhung des Volumens von der vielseitigen Bewegungsaktivität der Bevölkerung (Aufgabe Nr. 11.1).

Auf der Basis der Inhalte des „Weißbuches“ und der schul- und gesellschaftspolitischen Tendenzen, wurden anschließend Rahmenbildungsprogramme (RVP, vgl. Kap. 6.4.1) entwickelt, die auch konkrete Ziele, Formen, Länge, den obligatorischen Bildungsinhalt, die Sicherheits- und Gesundheitsschutzbedingungen ansprechen. Die Rahmenbildungsprogramme gelten für die Gestaltung von Schulbildungsprogrammen, einschl. die Lehrbücher- und Lehrtextgestaltung, für die Auswertung von Bildungsergebnissen als verbindlich. Und nicht zuletzt sind sie ein nicht zu unterschätzender Indikator, wenn es darum geht, die Höhe der zugeteilten finanziellen Mittel zu bestimmen.

Diese Programme orientieren sich an den Schlüsselkompetenzen, die für eine persönliche Entwicklung und Selbstrealisierung in der Gesellschaft von großer Bedeutung sind. Sie zeigen sich als Kenntnisse, Fertigkeiten, Fähigkeiten, Einstellungen und Werte. Diese Kompetenzen stehen nicht isoliert nebeneinander, sondern sind fächerübergreifenden angesiedelt und formen den gesamten Bildungsprozesses. Zu den Schlüsselkompetenzen gehören die Lern-, die Problemlösungs-, die Kommunikations-, die Sozial-, die Persönlichkeits-, die Bürger-, und die Arbeitskompetenz. In der Grundschul- und weiteren Schulbildung sind das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsförderung der Bürgerkompetenz zugeordnet: „(...) der Schüler entscheidet sich im Interesse der Gesundheitsför-

derung und des Gesundheitsschutzes, und im Interesse einer nachhaltigen Gesellschaftsentwicklung.<sup>12</sup> (MŠMT, 2001).

Hier stellt sich für mich die Frage: Lässt sich diese Kompetenz so verstehen, dass der „Schüler“ (das Kind) nur als gut funktionierender Teil der Gesellschaft und für die Gesellschaft betrachtet oder dass auch seine Individualität und seine persönliche Lebensqualität berücksichtigt wird?

Die Rahmenbildungsprogramme beinhalten konkrete Themen, die sich mit den Lebensbereichen des Menschen auseinandersetzen. Ein Thema in der Vorschulbildung wäre z.B. *„Kind und sein Körper“*, in der Grundschule das Thema *„Mensch und seine Welt“* und in der Sekundarstufe I (5. – 9. Klasse) das Thema *„Mensch und Gesundheit“*, in dem der Sportunterricht zu einem neuen Fach *„Gesundheitserziehung“* zugeordnet wird. Aufgrund der Rahmenprogramme sollten sich die Schüler und Schülerinnen die Fertigkeiten anzueignen, die ihnen hilft eigene körperliche Leistungsfähigkeit selbst zu bewerten und zu interpretieren, eigenes Bewegungsplan zusammen zu stellen und auch sich selbst zur Bewegungsaktivität zu motivieren (vgl. Mužík et al., 2005, S. 3).

In der Gesundheitserziehung werden einmal Themen zur Prävention angesprochen, wie hygienische Gewohnheiten, Essgewohnheiten. Dann Strategien zu entwickeln, seine eigene Gesundheit zu schützen, wie z.B. Drogenkonsum abzulehnen oder eine Verletzungsprävention aufzubauen.

Dazu befasst sich die Gesundheitserziehung mit einem gelingenden Leben in der Familie und der Schule. Weiter werden Möglichkeiten angesprochen, Beziehungen untereinander und auch die Beziehung Mensch – Natur als wertvoll und lebensnotwendig zu erkennen und nicht zuletzt das eigene Handeln immer auch aus einer gesundheitsorientierten, also salutogenetischen Sicht, zu betrachten und es darauf hin auszurichten.

Im gesundheitsorientierten Schulsport geht es um ein umfassenderes, komplexeres Vorgehen, was die Gesundheitsbildung der Schüler anbelangt. Die oben

---

<sup>12</sup> Übersetzt von Autorin

allgemein angesprochenen Zielsetzungen werden im gesundheitsorientierten Schulsport gezielt mit allen Formen und Anlässen von Bewegung verbunden und füllen die gesundheitsorientierte Ausrichtung mit Sportspezifischem. Die Ziele des schulischen Sports beziehen sich auf das Gewinnen von Bewegungserlebnissen, auf gelingende Kommunikation während, mit und durch Bewegung, und auf individuelle Erfolgserlebnisse. Der gesundheitsorientierte Schulsport, fokussiert vor allem auf die Kompensationsübungen, ist einerseits sehr gut geeignet für Kinder mit einer gesundheitlichen Schwäche, andererseits wird aber in den verschiedenen Veranstaltungen die Möglichkeit angeboten, Kenntnisse über die richtige Körperhaltung grundzulegen, bzw. zu vertiefen und dabei auch der Prävention von Muskeldysbalancen große Beachtung zu schenken.

Die gesundheitsorientierten Sportunterrichtsstunden können ein Teil der regulären Sportstunden sein oder als eine eigene Bewegungseinheit (Unterrichtserweiterung, die aus einer zusätzlichen Zeitdotations realisiert wird) gestaltet werden.

Die weit verbreitete Auffassung, dass ein gesundheitsgeschwächtes Kind mehr gezielte Bewegungsaktivität als ein gesundes Kind braucht, kann ich aus gesundheitsorientierter Sicht nicht uneingeschränkt teilen. Ich halte es für viel wichtiger, jedem Kind seinem Alter und seinen Bedürfnissen nach gerecht zu werden, was bedeutet, genügend Bewegungsmöglichkeiten anzubieten, die einmal Muskeldysbalancen vorbeugen, zum anderen im salutogenetischen Sinne zur Stärkung der allgemeinen Ressourcen beitragen können.

Die intensivste Phase der gesundheitsorientierten Erziehung im schulischen Bereich, die auch am meisten mit Bewegungspraxis verbunden ist, findet sich nach den Zielsetzungen von „Gesundheit 21“ in der Grundschule und Sekundarstufe I statt.

Die Sekundarstufe II befasst sich mit der Gesundheitserziehung in den Fächern Gesundheitswesen, Pädagogik, Sozialpflege u.a., je nachdem, wie die Schule fachlich ausgerichtet ist. Das Thema Gesundheit wird aber in der Sekundarstufe II eher theoretisch als praktisch angegangen. Einen Ausnahmefall, was die Intensität der schulischen Gesundheitsbildung anbelangt, bilden die sogenannten Fachschulen für das Gesundheitswesen, denn sie sind mit der Ausbildung von Menschen befasst, die einmal im Gesundheitswesen arbeiten werden.



An den Hochschulen und hier speziell im pädagogischen Bereich, wird die Erziehung zur gesunden Lebensweise Inhalt der einzelnen Studienprogramme und der Forschungs- und Teilforschungsvorhaben (vgl. Mužík et al., 2005, S. 3).

Nach all dem fast euphorisch Gesagten, stellt sich natürlich mit Recht die Frage: Werden Absicht, Umfang und Inhalt dieses gesundheitsorientierten Vorhabens in den Schulen auch immer so verfolgt, wie dies konzipiert ist?

Wenn ja, wie ist dann die Effektivität ein solchen Zielsetzung?

Wenn nicht, welche Hindernisse spielen hier eine Rolle und wie ließen sich diese überwinden?

Diese und andere Fragen sollen die Projekte „Pilot Z“ und „Pilot G“ beantworten können. Sie sind einmal für die Qualitätssicherung der Gesundheitserziehung in den Schulen verantwortlich, zum anderen befassen sie sich auch mit dem Monitoring, der Auswertung der Realisierung der Gesundheitserziehung innerhalb der Rahmenbildungsprogramme und mit der Durchführung einer Stichprobe an Pilotschulen. Bei der Stichprobe handelt es sich um 16 Schulen der Sekundarstufe I und 16 Gymnasien. Die bisherigen Ergebnisse dieser Evaluation finden sich in zusammenfassenden Zwischenberichten, in denen aber fast ausschließlich die durchgeführten Aktivitäten und Untersuchungen aufgezeigt werden (vgl. VÚP<sup>13</sup>, 2006, #průběžné\_zprávy).

Neben den Programmen für die schulische Bildung, legt das Kultusministerium der Tschechischen Republik<sup>14</sup> allmählich auch gezielt spezielle Programme vor, die sich mit der Verbesserung des Gesundheitszustandes von Kindern, Jugendlichen und Studenten beschäftigen. Allerdings werden in diesen Programmen vor allem behinderte Kinder berücksichtigt. Anscheinend hat dies damit zu tun, dass das postkommunistische System auf eine defizitäre Situation im Schul- und Gesundheitswesen des alten kommunistischen Systems, nämlich kaum Rücksicht auf behinderte Mitmenschen (auch Kinder) zu nehmen, reagierte.

---

<sup>13</sup> VÚP – Výzkumný ústav pedagogický (Pädagogisches Forschungsinstitut)

<sup>14</sup> MŠMT ČR – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České Republiky

Forschung und gesundheitsfördernde Maßnahmen werden nicht nur vom Kultusministerium direkt realisiert, sondern durch institutionelle finanzielle Zuschüsse werden auch Forschungsvorhaben unterstützt, deren Antragsteller Universitäten, Hochschulen oder andere spezialisierte Institutionen sind. So wird vom Staat her eine Möglichkeit gegeben, zahlreiche Forschungsvorhaben zu beantragen und durchzuführen und das wissenschaftliche Potenzial auch dezentralisiert zu nutzen.

Wie es aus dem Aufgabenbereich des tschechischen Bildungssystems zu ersehen ist, versucht dieses auf die aktuellen gesellschaftlichen Probleme im sowohl sozialen als auch gesundheitlichen Bereich zu reagieren. Vor allem wird die soziale Sphäre der Kinder und Jugendlichen untersucht. Der Schwerpunkt wird auf das schon mehrmals erwähnte sozial-pathologische Verhalten der Kinder und Jugendlichen gelegt. Anscheinend ist dies das primäre Anliegen des Staates, durch Beobachtung und durch Auswertung der Beobachtungsergebnisse, die Gesellschaftsstruktur in die „normale Schiene zu lenken“. Meiner Meinung nach geht es hier nicht allein um die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen, sondern es spielen auch sehr starke wirtschaftliche Interessen mit.

Zum allgemeinen Gesundheitszustand der tschechischen Bevölkerung, kann ich folgende Fakten anführen:

- Erkrankungen, die das Herz-Kreislaufsystem betreffen, werden sind die Haupttodesursachen (50%).
- An der zweite Stelle stehen die unterschiedlichen Krebserkrankungen (25%),
- Und dritte Stelle gehört verschiedenen Verletzungen (8 %) (vgl. MZČR<sup>15</sup>, 2002, S. 2).

---

<sup>15</sup> MZČR – Ministerstvo zdravotnictví ČR – Gesundheitsministerium der Tschechischen Republik

Weitere Zahlen betreffen die Allergieverkrankungen, akute Infektionskrankheiten (Atemwege und Grippe) und Erkrankungen oder Störungen des Bewegungsapparates.

Bei den ausgewählten Krankheitsindikatoren kommen wir langsam auch zu den Kindern und Jugendlichen. Bei den Untersuchungen, die vor allem durch Gesundheitsinstitutionen durchgeführt werden, wurde festgestellt, dass tschechische Kinder in erhöhtem Maße an Übergewicht und damit verbundener Insulinresistenz leiden. Diese Problematik wird in verschiedenen medizinischen Berichten gründlicher angesprochen (Cabrnochová, 2006, (pdf)). Für unser Verständnis ist es wichtig, die Zusammenhänge zwischen Bewegungsmangel, Obesität und deren gesundheitlichen Folgen zu verstehen. Vor allem darf man nicht die Tatsache unerwähnt lassen, dass die Zahl der derart betroffenen Kinder in den letzten 10-25 Jahren sich um das Dreifache erhöhte.

Das vermehrte Auftreten von Allergieverkrankungen, vor allem Atemwegserkrankungen wie etwa Asthma, wird auf die enorme Luftverschmutzung zurückgeführt.

Die Folgen von Bewegungsmangel zeigen sich nicht nur in der schlechten Körperhaltung, sondern auch in den Muskelungleichgewicht (vgl. Kopřivová, 2001; Mužík et al. 1999; Vařeková und Vařeka, 2001).

Die Gesundheitsforschung im schulpädagogischen Bereich läuft parallel zu den Forschungsvorhaben, die Gesundheitsinstitutionen realisieren. Die finanziellen Mittel dafür werden von verschiedenen Grantprojekten und Zuschussprogrammen geholt, die das Kultusministerium und Gesundheitsministerium ausschreibt. Es findet eine Art von Wettbewerb, in dem die Bewerber ihre Forschungsprojekte anmelden. Die eigenen Bewerber sind häufig universitäre Einrichtungen (Lehrstühle, Institute u.a.), die an der schulpädagogischen Forschung beteiligt sind. So laufen im Rahmen von Forschungsvorhaben der Universitäten, bzw. Fakultäten (bzw. deren unterliegenden Dissertations- oder Professurvorhaben), zahlreiche Untersuchungen. Diese zentrieren sich auf der Gesundheitsebene im schulpädagogischen Bereich vor allem auf die problematischen Bereiche, die forschungsmethodisch am greifbarsten und günstigsten sind. Dazu gehören die Erhebungen der somatischen Symptome, sowohl bei gesunden als auch kranken Kindern, wie auch die Körperhaltung und die Muskelfunktionen (Grmela,

2001), Body Mass Index mit der Körpergröße und dem Körpergewicht (Medeková et al. 2001) und schließlich Indikatoren der körperlichen Leistungsfähigkeit als eine Standardfeststellung (Čermáková et al., 2001). Nicht zuletzt wird zunehmend auch die psychosoziale Symptomatik bei den Kindern und Jugendlichen beobachtet. Es werden auch die Einstellungen und Motive der Kinder und Jugendlichen zur Bewegungsaktivität und auch der Umfang ihrer wöchentlichen Bewegungsaktivität befragt. Auf das Thema Bewegungsaktivität im schulpädagogischen Bereich haben etwa Frömel et al. (2001), Mužík und Krejčí (1997), Mužík et al. (1997, 2001, 2006) und ihre Forschungsteams in ihrer Arbeit fokussiert.

Umfang, Dauer und Art der Qualitätskriterien dieser Untersuchungen sind schwer vorhersagbar. Für eine zusammenfassende und übersichtliche Beurteilung müsste man in die einzelnen Forschungsprojekte Einsicht gewinnen. In den Webseiten gibt es zwar innerhalb des Informationssystems für Forschung und Weiterentwicklung eine Datenbank, die verschiedene Forschungsprojekte auflistet, die auch von den öffentlichen Mitteln der Tschechischen Republik unterstützt werden. Der Weg, detaillierte Informationen über die Ergebnisse solcher Vorhaben zu gewinnen, ist allerdings so kompliziert, dass es einer separaten Forschungsaufgabe bedürfte, eine Metaanalyse auf diesem Feld durchzuführen.

## **7 Das Konzept des Projekts „Gesundheitswochen“ im Bereich der Grundschule**

### **7.1 Wichtige Faktoren bei der Bewegungsaktivität, und ihre Zusammenwirkung in den Gesundheitswochen**

Allgemein ist heutzutage wissenschaftlich belegt, dass die regelmäßige Bewegung für die Gesundheit der Erwachsenen von großer Bedeutung ist (vgl. Oja und Borms, 2004). Für die Kinder ist typisch, dass sie sich gerne und oft bewegen. Die Befriedigung ihres eigenen Bewegungsbedürfnisses, d.h. einfaches und problemloses Sich - Bewegen, Spielen (dadurch neues Lernen und Entdecken) sind im Grunde ein komplexes Geschehen von inneren Prozessen (auf der kognitiven, emotionalen, physiologischen Ebene), das in erster Linie unersetzlich für die gesunde Entwicklung der Kinder, aber auch eine elementare Bedingung beim Aneignen von gesundheitsorientierten Alltagsgewohnheiten zu sehen ist.

Die Priorisierung und Akzentuierung der Bewegung in den Gesundheitswochen ist für alle Teilnehmer nicht unbedingt selbstverständlich, da die Beachtung der Körperlichkeit des Menschen in der modernen Gesellschaft vielfach sehr gering erscheint. Deshalb ist es notwendig, über eine von außen gelenkte Förderung der Bewegungsaktivität, dieses Defizit auszugleichen, weil die Initialzündung zu eigenen Bewegungen sich bei vielen Menschen nicht von selber einstellt (vgl. Rappel, 2005).

Vielfältige, umfangreiche und motivierende Bewegungsaktivität soll gezielt eingesetzt werden, wenn sie ökonomisch wirken soll. Zu behaupten, dass es genug ist, wenn die Kinder einfach nur mehr Bewegung haben, reicht nicht. Die Bewegungsaktivität der Kinder im Rahmen dieses Projektes müsste folgende Merkmale aufweisen:

- Eine *erlebnisorientierte Gestaltung* der Bewegungsaktivität kann Freude, Spaß und Erfolg bei Mitmachen mit sich bringen und kann zur Kommunikation und Interaktion mit der Umwelt führen. Darüber hinaus kann sie die Motivation zum Bewegen, die für das Lernen und Gewinnen von neuen, gesundheitsorientierten Verhaltensweisen wichtig ist, steigern. Der Erlebnisbegriff der bekannten erlebnispädagogischen Konzepte sieht Erlebnis nicht ein- sondern mehrdimensional, das bedeutet, das Ereignis,

die Erfahrung wird nicht nur kognitiv, sondern auch emotional bewertet. Das geschieht durch eine bewusste Wahrnehmung, die auf offene Sinne voraussetzt. Dieses Ereignis könnte ein Spannungsmoment sein, vielleicht eine neue Bewegungsform, die von den Kindern als an- oder aufregend empfunden wird. Es könnte ein Gegenstand sein, der ein Umweltphänomen oder das Leben anderer Menschen verdeutlichen kann. Erlebnisorientierung respektiert die Subjektivität jedes Kindes. Jedes Kind erlebt seine Umwelt anders, was als Zeichen von Ich-Wirksamkeit gesehen werden kann (vgl. Beiser, 2003).

- *Anstrengung* um Leistungen zu erreichen, die auch über bis jetzt erfahrene, eigene Grenzen hinausgeht. Dabei wird die Überwindungskraft herausgefordert, die beim Lernen – beim Übergang von der „Komfortzone“ in neue Bereiche – wichtig ist. Nach Antonovsky's Gesundheitsverständnis könnte man diesen Anstrengungswillen auch als persönliche Widerstandsressource verstehen.
- *Optimale Zeitlänge* der Bewegung, um die gewünschten, gesundheitsfördernden Effekte zu erzielen. In den Gesundheitswochen werden deshalb 3-6 Stunden an täglicher Bewegungsaktivität eingeplant.
- *Eigenständige Bewegungsaktivität und Selbstmotivation* als Voraussetzung für die selbständige (gesundheitsorientierte) Handlungsfähigkeit. In den Gesundheitswochen werden solche Aktivitäten angeboten, die den Kindern die Möglichkeit bieten, bei etwas Vorgegebenem und Vorgeschiedenem mitzumachen, als auch freiwillige (vgl. Freiwilligkeitsprinzip<sup>16</sup> bei der Erlebnispädagogik) oder selbst gestaltete Aktivitäten durchzuführen. Diese Angebots-Trias könnte die verschiedenen Willenskompo-

---

<sup>16</sup> Das Prinzip der Freiwilligkeit (im erlebnispädagogischen Ansatz) geht davon aus, das Lernerfolge nicht erzwungen werden können und deshalb abhängig von der Motivation und Wahlfreiheit des Einzelnen sind.

nenten ansprechen und die Kinder zu eigenverantwortlichem Handeln anleiten.

- Die Wertorientierung für die Bewegung steht unter dem Aspekt der Interdisziplinarität

Durch ihre inhaltliche Vielfalt bietet das Sich-Bewegen, bzw. die Bewegung den Kindern fast unerschöpfliche Tätigkeits-, Lern- und Erforschungsfelder. Die Inhalte stellen, je nach subjektiver Einstellung eines jeden Kindes, Werte dar, die sich als sozial, religiös, moralisch, kulturell, psychologisch und biologische identifizieren lassen und an weitere Fachbereiche, wie etwa Naturwissenschaften, Sprach- und Musikunterricht oder Kunst gebunden werden können. Diese interdisziplinäre Ausrichtung wurde zum Ausgangs- und Leitgedanken für die Gestaltung von Gesundheitswochen festgelegt.

Die Tatsache, dass Werte täglich als aktive Momente und nicht als geschriebene Begriffe gelebt werden müssen (vgl. Rappel, 2005, S. 172), spiegelt sich in der Thematisierung der Gesundheitswochen wider. Die Themen sind so angelegt, dass sie in den Bewegungsaktivitäten Werte aufweisen, die zur gesundheitsorientierten Erziehung, die ganzjährig in der Schule stattfindet, beitragen.

## **7.2 Ziele der Gesundheitswochen**

Die Gesundheitswochen sind in der Grundschule etabliert. Sie stellen eine Alternative der Gesundheitsförderung dar, die den Kindern als zentralen Bezugspersonen den Weg zur gesunden Lebensweise zu vermitteln soll, ihnen beibringen versucht, gesundheitsorientierte Einstellungen in alltäglichem Gesundheitshandeln umzusetzen und festigen, bzw. verlernte Gewohnheiten zu korrigieren, die mit Gesundheitshandeln nicht im Einklang sind. Der Grundschulbereich kann mit seiner erzieherischen Aufgabe am effektivsten wirken, weil sie, neben dem allmählich eintretendem Einfluss von peer groups und Medien in die kindliche Welt, als Erziehungsort von den Kindern anerkannt wird (vgl. Mahlitz 2002, S. 68).

Im Rahmen der Implementierung soll die Gesundheitswoche als eine alternative Darstellung der Gesundheitsförderung in der Grundschule:

- mit ihrer Konzeption (Inhalte, Zielsetzungen,...) die Bildungs- und Erziehungsziele (das Bildungsprogramm) der Schule berücksichtigen und sie unterstützen,
- den gesetzlichen Rahmenbedingungen entsprechen (Unfallrecht, Schulrecht...),
- ihre Konzeption so gedacht haben, dass sie in Grundschulen mit verschiedenen Bildungskonzepten praktikabel ist,
- die Heterogenität der Schule wahrnehmen (Schulgröße, die Art der Schule – Dorfschule/, das soziale Umfeld der Schule und den einzelnen Klassen usw.),
- die objektive Situation der Schule, wie materielles, personales Hintergrund (vgl. Mahlitz, 2002, S. 71).

John Dewey's konstruktivischer didaktischer Ansatz „*Learning by doing*“, „Lernen durch Tun“ (hier eher Bewegen, bzw. Erleben) (vgl. Reich, 2006, S. 137f) wird als ein Zentralpostulat des Projektes angesehen. In den themenspezifischen Gesundheitswochen steht im Mittelpunkt die Bewegung, die kindspezifisch, also als spielerische Tätigkeit eingesetzt wird (Bewegungs- und Sportspiele, Tanzen, Musizieren, gesundheitsorientierte Übungen u.a.).

Das Fehlen von interdisziplinären Ansätzen im Bereich der Gesundheitsförderung in der Schule erwähnen Ilg und Knappe (1999, S. 33): „(...) wird Gesundheitsförderung in der Schule vorwiegend im Alleingang einzelner Lehrpersonen oder einzelner Fächer betrieben (...)“.

Die Zusammenarbeit in der Schule mit anderen Institutionen, wie z.B. Krankenkassen, Gesundheitsinstitutionen, Sportvereine, aber auch Eltern wird selten gesucht. Umstritten sind auch die Bereitschaft und der Mut der Lehrpersonen, den Unterricht und die Erziehung im interdisziplinären Dialog zu führen.

In diesem Sinne meint auch Kocka (1987, S. 51):

„Wenn es (...) gelingt, mehrere einzelwissenschaftliche Perspektiven so aufeinander zu beziehen, dass das gemeinsame in den Vordergrund tritt, so ergibt sich gleichzeitig auch ein Bild derjenigen Gesichtspunkte, die von den Einzelperspektiven vernachlässigt werden, deren Verständnis des Erfahrungsobjekts (...) deutlich zu machen ist“.



Und so wird die Bewegung als Zentralthema der Gesundheitswochen fächerübergreifend im Unterricht eingesetzt. Ein Beispiel aus der Erlebnispädagogik spricht über einen fachübergreifenden Transfer – bei dem die spezifische Lernerfahrung zu künftigen Einstellungen, Prinzipien oder Verhaltensweisen verallgemeinert werden. Es werden keine Fertigkeiten sondern grundlegende Muster übertragen, wie z.B. Problemlösungs- und Konfliktbewältigungsstrategien werden von einer erlebnispädagogischen Herausforderung in den Alltag transferiert (vgl. Heckmaier und Michl, 1998, S. 75).

Als *Hauptziel*, quasi als Metaziel des Projektes, wird *der Aufbau der individuellen gesundheitsorientierten Handlungsfähigkeit* (vgl. Antonovsky, 1997; Ilg und Knappe, 1999) der Kinder dargestellt. Dabei ist es wichtig, dass die Erlebnisdimension vor der Leistungsdimension steht, damit die sich bewegenden Kinder auch Spaß am Sich - Bewegen haben (vgl. Rappel, 2005). Wie auch Balz (1995, S. 46) anführt, dass

„die entsprechenden gesundheitsbezogenen Einstellungen entwickeln sich bei den Schülern insbesondere (...) aus eigenen primären Erfahrungen, aus dem Beispiel das andere geben, aus dem Milieu, dem man sich zugehörig fühlt, aber (...) am wenigsten aus rationaler Überzeugung.“

Die selbstständige gesundheitsorientierte Handlungsfähigkeit als ein Komplex von Fähigkeiten, und ihre Entwicklung, hängt mit anderen gesundheitsbezogenen Faktoren zusammen.

Deswegen wurden dem übergeordneten Ziel weitere folgende Teilziele nachgestellt:

- Erlebnisaspekt der Gesundheitsförderung (sich Bewegen, Spielen, Mitmachen und damit verbundene bekannte Wirkungen, wie Freude, das Gefühl der Anerkennung, des Entdeckens eigenen Wertes, Empathie usw.).
- Festigung der gesundheitsrelevanten Kenntnisse und ihre Umsetzung im Alltag (Transferprozess).
- Festigung des bewegungsorientierten Wissens und dessen Umsetzung im Alltag.

- Das ‚Dreieck‘ Schüler – Lehrer – Eltern, als wichtiger Netzwerk im Erziehungsbereich in Bewegung setzen (vgl. auch Tücke, 1998, S. 15, Helmke und Weinert, 1997).
- Die oben genannten Ziele beziehen sich auf beide Etappen der Gesundheitswochen, d.h. auf die Zeit während der Gesundheitswochen und auf die Konsolidierungsphasen, was nicht nur das unmittelbare Erlebnis, sondern auch die mögliche Nachhaltigkeit der Wirkung sichern sollte. Denn Gesundheitsförderung in der Grundschule, wenn auch nur auf die Schulzeit begrenzt, soll neben lebensnahen Zielen (diese sind unmittelbar im Zuge der Gesundheitsförderung einlösbar) immer auch auf die lebensweiten Ziele (die sind weitreichend und nicht eindeutig im Zuge der aktuellen Gesundheitsförderung einlösbar) ausgerichtet werden (vgl. Mahlitz, 2002).

### **7.3 Rahmenbedingungen der Gesundheitswochen**

In diesem Punkt greife ich auf die gesamte Rahmenstruktur der Gesundheitswochen zurück. Sie grenzt die Rahmenbedingungen der Gesundheitswochen ab (vgl. Mahlitz, 2002). Die Gesundheitswoche hat folgende Rahmenstruktur:

- die zeitliche Struktur
- die organisatorische Struktur (methodische Materialien, Teilnahme an dem Projekt).

#### *7.3.1 Zeitliche Struktur*

Die *Gesundheitswochen* sind als Akzentuierung und Vertiefung der ganzjährigen Gesundheitsförderung zu betrachten. Das Projekt ist für die gesamte Grundschulzeit konzipiert (1.-4. Klasse in Deutschland, 1. – 5. Klasse in der Tschechischen Republik) und die jeweiligen Gesundheitswochen werden zyklisch jedes Schulhalbjahr in die ausgewählte Grundschule implementiert. Theoretisch haben die Kinder die Möglichkeit an acht (vgl. Mahlitz, 2002, S. 85; Ilg und Knappe, 1999, S. 60), in der Tschechei an 10 Gesundheitswochen teilzunehmen.

Die genauere Zeitplanung erfolgt nach der Absprache mit dem Lehrerkollegium und wird den kurz- und langfristigen Rahmenbedingungen (Lehrpläne, außerschulische Aktivitäten der Schule, sozioökonomische Faktoren) angepasst. Das

bedeutet, es liegt zwar im Interesse der Organisatoren (Lehrerinnen, Fachleute, bzw. Eltern) einer festen zyklischen Zeitstruktur der Implementierung zu folgen, die oben genannten Faktoren müssen aber auch in Beziehung zu einander gesehen werden. Innerhalb dieser zyklischen Struktur werden Rahmenzeiten für Bewegung, bzw. Sich - Bewegen eingesetzt (vgl. Kap. 7.4.2).

Die Gesundheitswochen, als Erlebnishöhepunkt, sollen den nachfolgenden Wochen - *Konsolidierungsphasen* einen Impuls geben, das Neuerlebte zu festigen. Die Konsolidierungsphasen finden in der Zeit zwischen den Gesundheitswochen statt, und schliessen eher inhaltlich als strukturell, an die Gesundheitswochen an. Näher wird diese Phase in Kap. 7.5.3 beschrieben.

### *7.3.2 Organisatorische Struktur*

#### *Methodische Materialien*

Bei der Gestaltung der methodischen Materialien und Empfehlungen wurde bei der Realisierung der tschechischen Gesundheitswochen der Bezug auf die bereits verwendeten und evaluierten deutschen Empfehlungshefte Rücksicht genommen. Diese thematisch gestalteten Hefte gelten als ein wichtiger Impuls für die inhaltliche Struktur der tschechischen methodischen Materialien. Der Inhalt der tschechischen methodischen Materialien wurde allerdings von den kulturellen Gegebenheiten und Gewohnheiten geprägt. Und so ist zuerst ein methodisches Heft entstanden, das die allgemeinen inhaltlichen Empfehlungen für die Gesundheitswochen und die Konsolidierungsphasen angeboten hat. Dieses Heft wurde auch jeder Lehrerin und Erzieherin, jedem Schüler und jeder Schülerin der Grundschule Brumovice zur Verfügung gestellt. Seine Nützlichkeit in den Gesundheitswochen und in den Konsolidierungsphasen wurde mittels sowohl direkter als auch indirekter Beobachtung (vgl. Schnell et al., 1999) untersucht.

Später, während der Durchführung des Projektes, ist auf narrativen Art und Weise eine Sammlung von konkreten und detailliert ausgearbeiteten Tätigkeiten für die Gesundheitswochen entstanden. Diese Sammlung wurde im Rahmen einer Diplomarbeit präsentiert (Novosadová, 2002), aufgrund ungenügender finanzieller Mittel aber nicht als für alle Lehrer zur Verfügung stehende Publikation herausgegeben.

### *Heftstruktur*

Die theoretische Einführung in die allgemeine Gesundheitswochenthematik und Inhalte, welche die einzelnen thematischen Hefte in den deutschen Gesundheitswochen einleiten (vgl. Mahlitz, 2002, S. 87), hat in der Tschechischen Republik auf den Lehrerseminaren und anschliessend an den Elternabenden stattgefunden. Es wurden die wichtigen Informationen über die Zielsetzung, Struktur, bzw. Inhalte der Gesundheitswochen dargestellt, aber auch die Bedeutung des Netzwerkes (Zusammenarbeit) zwischen den Lehrern, Eltern und Fachleuten angedeutet. So konnten Lehrpersonen wie auch Eltern, sich mit der Problematik der Gesundheitsförderung vertraut machen.

Das Empfehlungsheft, bzw. das methodische Material, das in der oben genannten Diplomarbeit (Novosadová, 2002) dargestellt wurde, hat sich dann der eigenen Vorstellung der bewegungsorientierten Spiele und Übungen gewidmet, die der gesundheitsorientierten Thematik entsprechend angepasst wurden. Auch wenn unterschiedliche soziale und kulturelle Ausgangspunkte bei der Gestaltung der methodischen Materialien im Hintergrund standen, war man sich über folgende Vorüberlegungen bei der Zusammenstellung einig:

- die Altersstruktur der Kinder;
- die Kenntnisse über die Entwicklung der Fähigkeiten und Fertigkeiten der Kinder, sowie über ihre Einstellungen und Interessen von Klasse 1 bis Klasse 5;
- die Individualität der Lehrpersonen, die sich in ihren Unterrichtsstil widerspiegelt;
- die unterschiedlich ausgeprägten Fähigkeiten und Fertigkeiten der Lehrpersonen;
- die Auswahl von Übungen wird auch durch die allgemeinen Bildungs- und Erziehungsziele der Grundschule bestimmt;
- die arbeitstechnische und –rechtliche Kompetenz der Lehrkraft, die nicht überschritten werden darf.

Die Inhalte sollten den Lehrpersonen als eine Art „Ideenmarkt“ angeboten werden. Auf diesem Markt konnten sie dann die ihrer Meinung nach geeigneten Ideen/Inhalte auswählen. Bei der Umsetzung Ziele und Aufgaben der Gesund-

heitswochen konnten sie dann einen Kompromiss eingehen, der darin bestand, die Aufgaben und Ziele der Gesundheitswochen neben den allgemeinen Zielen und Aufgaben der Grundschule einherlaufen zu lassen, diese also nicht zu verdrängen, sondern sie zu unterstützen. Die Lehrpersonen müssen in solche Sachverhalte eingeführt werden, die die Planung, Durchführung und Auswertung von Stundenabschnitten, Unterrichtsstunden und Unterrichtsgängen im Rahmen der Gesundheitswochenthematik ermöglichen (vgl. Mahlitz, 2002, S. 88). Dieses Vorgehen ist als Orientierungs-, bzw. Motivationshilfe für die Lehrer zu verstehen. Denn jeder Lehrperson soll freie Hand bei der Umsetzung des Tätigkeitsangebotes gegeben werden, damit ihre individuelle Kompetenz gewahrt bleibt.

Um gewisse Leistungstransparenz, die zusätzliche positive Impulse für die Interaktion zwischen Lehrer und Kind bringt, zu ermöglichen, wird in dem abschließenden Teil von deutschen Empfehlungsheften die Möglichkeit eines Kontrollverfahrens (Reflexion) mittels persönlicher Notizentabellen vorgeschlagen (vgl. Mahlitz, 2002). In den tschechischen Gesundheitswochen gilt als solches Kontrollverfahren ein abschliessendes Fest, das die in der entsprechenden Gesundheitswoche von den Kindern erlebten und gelernten Fertigkeiten und Kenntnissen zusammenfasst und ‚überprüft‘ (reflektiert). Dadurch bekommen die Kinder ein direktes Feedback zur eigenen Leistung (Erfahrung). Die Kinder und andere Mitarbeiter (oder andere an der Gesundheitswoche beteiligte Personen) bekommen für die Teilnahme auch eine Urkunde.

### *Themenauswahl*

Die Gesundheitswochenthematik ist in erster Linie für die Motivation der teilnehmenden Personen (Lehrkräfte, Kinder, Eltern) wichtig, soll aber auch versuchen, die in der Gesellschaft aktuellen Gesundheitsthemen zu reflektieren, ihre Realisierbarkeit zu respektieren, und genügend bewegungsorientierte Inhalte (kindergerechte und moderne Bewegungsrichtungen) zu sichern.

Ein Themenwechsel in den verschiedenen Gesundheitswochen ermöglicht den Lehrern und Kindern, bzw. Eltern, sich einen Fundus an gesundheitsrelevanten Ressourcen zuzulegen, was wiederum einen wichtiger Schritt bei der Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung darstellen kann.

Zusammengefasst sind bei der Themenauswahl folgende Aspekte zu berücksichtigen (vgl. Mahlitz, 2002):

- bewegungsorientierte und gesundheitsrelevante Themen;
- altersgerechte sowie zeitbezogene Themen;
- Realisierbarkeit und Aktualität der Themen;
- Themeninhalte, die ermöglichen eine komplette Gesundheitswoche auszufüllen.

Nicht gerade unwichtig erscheint die äußere Gestaltung des methodischen Materials, da sie ja das Interesse der Lehrpersonen und Kinder wecken soll. Neben verschiedenen anderen Überlegungen muss aber auch die Kosten-Nutzen-Relation aufgestellt werden, um eine effiziente und realisierbare Lösung anzubieten. Nicht nur die Vielfältigkeit des angewendeten Materials (wie Pappe, Hochglanzpapier, Farbpapier) sondern auch das kreative Potenzial der Kinder (z.B. im Kunstunterricht) kann man als nützliche Quelle bei der Gestaltung sehen. Die Schulen müssen an der Finanzierung der methodischen Materialien mit Unterstützung von Sponsoren beteiligt werden, oder die Materialien selbst finanzieren, was aber einen erheblichen organisatorischen Mehraufwand erfordert, denn es kommen dafür nur die Eltern (Eltern als Partner, vgl. Rabušicová et al. 2003) oder andere Institutionen in Frage, mit denen zuerst einmal verhandelt werden muss.

### *Teilnahme*

Weil die Gesundheitswochen konzeptionell vor allem in den Unterricht zu implementieren sind, ist dadurch auch die Teilnahme der Schüler und Schülerinnen während des Unterrichts, mindestens „physisch“, gesichert. Weiter liegt es an den Organisatoren (Lehrkräften und Helfern), ob und in welchem Maß aufgrund des Bewegungsangebotes auch die Nachmittagsaktivitäten von den Kindern besucht werden. An den Elternabenden haben die Eltern die Möglichkeit sich zur Teilnahme ihrer Kinder an der Gesundheitswoche zu äussern, bzw. Widerspruch an ihrer Teilnahme anzumelden.

Jeder Gesundheitswoche soll ein genügend großer Zeitraum für ihre Vorbereitung zur Verfügung stehen. Es sollen die Teilnehmer (Lehrkräfte, Kinder, Eltern,

Sponsoren) und ihre Rollen im Voraus konkret definiert werden (manchmal „überschneiden“ sich die Rollen. Ein Beispiel: Eine Person füllt während der Realisierung mehreren Rollen aus: Als Teilnehmer, Leiter, bzw. Helfer oder Sponsor). So wird schon während der Planung klar eingeteilt, wie viele Personen an der jeweiligen Gesundheitswoche teilnehmen werden.

### *Lehrer- und Elternrolle in der Gesundheitswoche*

Die Realisierung der einzelnen Wochen wird von den Lehrkräften, Eltern, Fachleuten und nicht zuletzt von den Kindern gestaltet. Die verbindende Rolle des Managers gehört in dem Projekt vor allem dem Lehrer. Es kann aber auch sein, dass die Schule die Eltern als gleichwertige Partner sieht (vgl. Rabušicová et al., 2003) und die Eigeninitiative der Eltern so hoch ist, dass auch sie die Managementrolle vertreten könnten. Im Normalfall bleiben aber die Lehrer mit ihrer engagierten pädagogischen Tätigkeit die Garanten für Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung im Rahmen der Gesundheitswochen.

Fokussiert auf das Ziel der gesundheitsorientierten Qualitätssicherung sind folgende wichtige Voraussetzungen zu erfüllen.

Die Lehrer/Lehrerinnen sollten

- offen sein, adäquate, bzw. neue Lehrtätigkeiten und Lehrmethoden zu erproben und konsequent anzuwenden,
- offen für die notwendige Zusammenarbeit mit der sozialen Umgebung (Eltern, Institutionen, Sponsoren) sein,
- bereit sein, höhere Ansprüche und Verantwortung, die Arbeit an diesem Projekt stellt, zu tragen.

Jedes Lernen beansprucht den Übergang von der Komfortphase des Bekannten in die unbequeme Phase des Aneignens. Dies bezieht sich auch auf den Lehrer, der in seinem Arbeiten neue Erfahrungen sammeln kann. Der Lehrer hat also nicht nur die Rolle des Managers, sondern auch die des Lernenden. Die einzelnen Gesundheitsthemen verlangen neben spezifischer Aneignung von Kenntnissen und Fertigkeiten, auch Einsetzen von neuen, alternativen Lehrtätigkeiten, wodurch die traditionelle Lehrerrolle erweitert wird.

Eine gemeinsame und wichtige Rolle spielen hier auch die subjektiven Einstellungen des Lehrers und der Eltern zur eigenen Gesundheit, denn ihr Gesundheitshandeln gilt als Vorbild (vgl. Ilg und Knappe, 1999, S. 95).

### *Die Rolle der Schüler und Schülerinnen*

Die Wirkung der einzelnen Gesundheitswochen auf das Verhalten der Kinder, also die intendierte gesundheitsorientierte Handlungsfähigkeit, ist einmal das Resultat des Engagements von Lehrern und Eltern, zum anderen darf man aber auch die selbständige Bewegungsgestaltung der Kinder während des Projektes nicht für gering schätzen.

Sie gestalten selbständig Bewegungsaktivität in beiden Phasen des Projektes, den Gesundheitswochen und den Konsolidierungsphasen. Sie übernehmen Arbeiten im Team, kooperieren mit einander, tragen selbständig Wettbewerbe aus oder versuchen sich als Leiter bei Teamsportarten. Es geht dabei um ein gewisses ‚Mitspielen‘ von sozialen Rollen, in denen die alltägliche natürliche Rollenverteilung der Kinder in verschiedenen sozialen Gruppen respektiert (in der Klasse, auf der Straße usw.), zugleich aber auch zielorientiert durch die Lehrer und Eltern gesteuert wird. Auf die gesamte Gesundheitswoche bezogen ist jedoch ihre wichtigste Rolle ihr selbstständiges Gesundheitshandeln im Alltag. Alle scheinbar ausschliesslich in der Schule erworbenen Handlungsweisen werden jedoch von äußeren Faktoren bedeutend dirigiert (vgl. Ilg und Knappe, 1999):

- Von der familiären Umgebung. Die Skala ihres Wirkens reicht von Unterstützung, wie gemeinsam mit einander spielen und Üben, oder einfühlsame verbale Unterstützung, bis zur Nichtbeachtung oder strikten Ablehnung der schulischen Gesundheitserziehung;
- von den außerschulischen Aktivitäten der Kinder in Sportvereinen, Erholungsstätten, Sportplätzen, Freiflächen oder Schwimmbädern, die die Bewegungsgewohnheiten der Kinder aber auch ihr Gesundheitshandeln beeinflussen;
- die Medien, wie Fernsehen, Computerspiele, Zeitungen, Handys, die eine verblüffende Menge an aggressiven Verhalten vermitteln (vgl. Svoboda, 1996) als ein sehr stark auf das Kinderverhalten wirkender Faktor. Talašová (2000) beschäftigt sich in ihrer Arbeit mit der Problematik der



populären Mädchenzeitschriften und deren Einflusses auf die Einstellungen und Handlungen der Konsumentinnen. Zu dem Inhalt von diesen Medien gehört auch die absichtliche Beeinflussung der Mädchen. Sie stellt fest, dass solche Zeitschriften in der Population der Heranwachsenden außerordentlich verbreitet sind (75% der Befragten) und dass sie auch dadurch betroffen sind. Die Bildungssysteme sollen flexibel auf diese Tatsache und auf die wirklichen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen reagieren.

Die gesundheitsorientierten Fähigkeiten und Fertigkeiten der Kinder, in diesem Falle ihre alltägliche Bewegungsaktivität, lassen sich nicht ganz mit dem Erlernen von spezifischen Bewegungsabläufe vergleichen, da sie sehr stark subjektiv geprägt sind.

*Subjektive Theorien* sind Kognitionen der Selbst- und Weltsicht. Nach Lösche (2006) haben schon jüngere Kinder und Heranwachsende ihre subjektive Theorien (Alltagstheorien). Solche kindlichen Theorien werden oft vor oder neben der Schule erworben (peer groups) und begleiten die Schulzeit mit ihren 'wissenschaftlichen Erklärungen' zum gleichen Phänomen bis in das Erwachsenenalter.

Auch wenn jedes Kind mit seiner Autonomie „seinen“ eigenen Weg geht, ist die fachliche, zielorientierte und konsequente Begleitung durch Eltern und Lehrer oder anderen pädagogischen Mitarbeitern oder Trainern im Sportverein beim Prozess der Aneignung der gesundheitsorientierten Handlungsweisen unverzichtbar.

## **7.4 Der Inhalt der Gesundheitswochen**

### *7.4.1 Methodisch-didaktisches Konzept der Gesundheitswochen*

Das methodisch-didaktische Konzept des Projektes lehnt sich an die deutsche Konzeption an, und wie die inhaltliche Struktur, wurde auch dieses den tsche-

chischen Schulbedingungen angepasst. Weil in der Tschechischen Republik die Schulreform stattfindet und so genannte Rahmenbildungsprogramme<sup>17</sup>, die später verbindlich für die Schulen werden sollten, sich erst einmal in der Phase der Evaluierung befinden (vgl. Rabušicová, 2002), sind auch die Schuleinrichtungen mit ihrer Bildungsstruktur vom Ort zu Ort anders. Die Bildungssituation in den tschechischen Schulen (Grundschulen und Sekundarstufe I, d.h. 1. – 9. Klasse) ist strukturell nicht einheitlich. Zurzeit werden vier verschiedene Bildungsprogramme<sup>18</sup> an den tschechischen Schulen realisiert. Das Bildungsprogramm, nach dem die jeweilige Schule ihren Unterricht konzipiert, ist die Ausgangsbedingung für den Ablauf der Gesundheitswoche. Allgemein kann man aber den methodischen Aufbau des Projektes in zwei Bereiche teilen:

Die Struktur der gesamten Gesundheitswoche ist in folgender Tabelle zu sehen:

---

<sup>17</sup> *Rahmenbildungsprogramm* (RVP - Rámcový vzdělávací program), als ein curriculares Dokument, stellt einen verbindlichen Bildungsrahmen fest und grenzt für die entsprechende Bildungsetappe einen Standardbildungsinhalt ab. Jede Schule bereitet ihr eigenes Bildungsprogramm (Školní vzdělávací program – Schulbildungsprogramm) vor, das aus dem zuständigen RVP ausgeht und die Bildung auf der bestimmten Schule spezifiziert.

<sup>18</sup> *Bildungsprogramm* (Vzdělávací program – national curriculum) ist ein Text mit komplexem Inhalt, der die Bildungskonzeption für das gesamte Landessystem oder bestimmte Schulart, deren Bildungsziele, Lehrstoff, Zielstandard, Implementierungsplan u.a. Zu Zeit gibt es vier offiziell genehmigte Bildungsprogramme – Základní škola (für die Sekundarstufe I), Obecná škola (für die Grundschule und Sekundarstufe I), Národní škola (für die Grundschule) und Waldorfschule (vgl. Průcha, 2002, S. 250, Stojaníková, 2000, S. 9).

Tab. 1: *Die methodische Struktur der ganzen Gesundheitswoche*

<b>Begrüßung</b>
<b>Vorstellung und Einführung des Gesundheitswochethemas</b>
<b>Verlauf des Gesundheitswochenprogramms</b>
<b>Abschließendes Fest</b>

Bei der *Begrüßung* und dem Vorstellen des Wochenthemas sollen die Teilnehmer (Kinder, Eltern, bzw. Helfer) in erster Linie für die ganze Woche motiviert werden. Über die Form des Begrüßungsrituals entscheidet jede Schuleinrichtung selber. Um die „Philosophie“ der Gesundheitswochen zu folgen, die sich mit akzentuiert, ungewöhnlich, vom Alltagschema abweichend, spielerisch beschreiben lässt, sollte es sich dabei um „unterhaltsame“ Einleitung handeln. Allgemein werden aber bei der Einführung in die Gesundheitswochen die wichtigsten Informationen über das Gesundheitsthema, den Ablauf der Woche, über die Verhaltensregeln gegeben. Dazu werden noch die Personen vorgestellt, die an der Woche als Mitarbeiter (Eltern, Fachleute u.a.) zusätzlich beteiligt sind.

Und dann „geht’s los“ mit dem ganzen Programm, das eine zwar ungewöhnliche, jedoch geregelte Struktur im Tagesablauf der Kinder und der anderen Teilnehmer aufweist.

Das *abschliessende* Fest findet am Freitag statt, wobei seine Rahmenplanung schon vor der Gesundheitswoche festgelegt werden sollte, damit der Ablauf der Woche nicht durch Vorbereitungsmaßnahmen gestört wird. Inhaltlich wird für dieses Fest der jeweiligen Schule ein freier Raum zur Gestaltung zur Verfügung gestellt. Aus der methodisch-didaktischen Sicht handelt es sich hier um eine Zusammenfassung (Reflektieren) der realisierten Gesundheitswoche.

Den Tagesablauf in der Gesundheitswoche stellt die Tabelle 2 dar:

Tab. 2: *Tagesstruktur während der Gesundheitswoche*

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Vormittag	Unterricht Bewegungspausen im Unterricht Freies Spielen während der großen Pause				
Nachmittag	Unterricht Wahlobligatorische Angebote im Schulhort Wahlobligatorische Angebote am Nachmittag, bzw. Spätnachmittag				Abschlussfest

Die konkreten Inhalte der einzelnen Einheiten der Gesundheitswochen werden fächerübergreifend durchgeführt. Nicht nur Unterrichtsstunden, sondern auch Pausen zwischen dem Unterricht, Nachmittagszeitraum und Abschlussfest werden thematisch gestaltet.

#### *7.4.2 Das Rahmenprogramm der „Gesundheitswochen“*

Das Rahmenprogramm bezieht sich auf die allgemeine Struktur der Gesundheitswochen und geht dabei von den methodischen Hinweisen für die deutschen Gesundheitswochen aus (vgl. Ilg und Knappe, 1999). Als zentraler Inhalt der Gesundheitswochen ist die Bewegung bestimmt, weil für die Kinder in der Altersspanne 6 – 11 Jahre, wie oben schon erwähnt, die Bewegung einen dominierenden Interessensbereich darstellt. Das heisst, dass nicht nur ihre gesunde Entwicklung durch Bewegung und Bewegen unterstützt wird, sondern auch dass das Handeln der Kinder durch diesen alterstypischen Bewegungsdrang, durch ihre Bewegungslust und ihre Bewegungsfreude maßgeblich bestimmt wird (vgl. Kap. 7.2).

Es werden Rahmenzeiten im Unterricht und auch außerhalb des Unterrichts zum Bewegen mit seinen vielen Facetten geschaffen und durch die gesundheitsbezogene Theorieteile ergänzt.

Die grundlegende Inhaltsstruktur wurde mit dem deutschen Projekt parallelisiert und auf die Rahmenbedingungen der Implementierung in der Tschechischen Republik eingestellt. Als zusätzliche Überlegung, die aus der bio-psycho-sozialen Sicht der Gesundheit stammt, wurde auch speziell das Programm der gesunden Ernährung miteinbezogen, das ich später noch schildern werde.

Zu vermerken ist noch, dass ganz sicher unterschiedliche Schulkonzepte wegen der Duldung individueller, regionaler schulspezifischer Besonderheiten auftauchen werden. Dann ist es erlaubt, die Inhaltsstruktur zu ändern, bzw. anzupassen, dabei aber folgende Aspekte immer im Auge zu behalten:

#### *Interdisziplinarität im Unterricht*

Fächerübergreifend gestaltete Wissensvermittlung im Unterricht bietet ein breiteres Feld an Möglichkeiten, die Gesundheitsförderung vielperspektivisch und vielgestaltig anzugehen.

*Attraktivität* des Bewegungsangebotes innerhalb der Gesundheitswochen, aber auch der gesamten Gesundheitserziehung in der Schule (bzw. im Schulsport) motiviert stärker zum Mitmachen, wenn sie abwechslungsreich gestaltet wird und in einer reizvollen Umgebung mit engagierten Leuten stattfindet (vgl. Balz, 1995, S. 131). Deswegen soll auch auf diesem Prinzip das Tätigkeitsangebot während der Gesundheitswoche basieren.

Ein *breit gefächertes Bewegungsangebot mit Zeiteinheiten für selbstständiges Bewegungshandeln* in allen Unterrichtsstunden trägt in vollem Maße zum Gesundheitsverhalten der Kinder bei. Darüber hinaus hilft es den Kindern, die „mit ungünstigen Lernvoraussetzungen besonderer Strukturierungen, Hilfen und Stützmaßnahmen bedürfen (...) die Freiräume zu gestalten und ihre Arbeitsprozesse zu beenden“ (Wilde, 2001).

*Abstufen von geistigen und körperlichen Anforderungen* hilft den Kindern eigene Grenzen wahrzunehmen und einzuschätzen, um ihrem subjektiven aber auch objektiven Erfolg zu erleben.

Ein *Wechsel von geistigen und körperlichen Anforderungen* hilft den Kindern eigene Grenzen wahrzunehmen und einzuschätzen, um ihrem subjektiven aber auch objektiven Erfolg zu erleben.

*Künstlerische Reflexionen* des neu Gelernten und des Erlebten in Musik-, Muttersprache-, Kunstunterricht gestalterisch zu bearbeiten, wie etwa Körper- und Bewegungswahrnehmung mittels eigen gestalteter Erzählungen auszudrücken. Dies bietet den Kindern genug Freiraum, sich selbst zu gegebenen gesundheitsorientierten Thematiken zu äußern. Die alte Pestalozzi-Forderung mit „Kopf und Herz und Hand“ könnte in diesem Rahmen sinnvoll umgesetzt werden. J. H. Pestalozzi (1746 - 1827) entwickelte ein Konzept eines „ (...) verständnisintensiven Lernens mit Kopf, Herz und Hand. Er meinte damit ein Lernen, in dem sich Erkenntnisvermögen, Emotion und Handeln "methodisch" miteinander verbinden.“

Neben anderem wird in und durch die künstlerische Gestaltung die Wahrnehmung des Kindes sensibilisiert und intensiviert. Wie Balz (1995, S. 55) anführt, will Funke, dass

„sich die junge Menschen in der Bewegung wohl fühlen und nicht sportliche Gesundheitspläne erfüllen müssen. Sie sollen in der Lage sein, mit geschärften Sinnen zu spüren, was ihnen in welcher Form gut tut, und diese Erfahrung zur Grundlage gesunder Bewegung machen.“

Solche *künstlerische Selbsterfahrung* eröffnet verschiedene emotionelle Zugänge zur Bewegung, es bleibt allerdings die Kausalitäten aufzuklären, die den Weg zum Gesundsein der Kinder determinieren (vgl. Ilg und Knappe, 1999).

### *Sport als wichtiger Faktor*

Den Erziehungsantrag des Schulsportes stellt Balz (1995, S. 135) in die gesellschaftlichen Zusammenhänge:

„Die Aufgaben eines Faches in der Schule sind nicht losgelöst von gesellschaftlichen Kontexten zu erfassen. Für den Sport gilt dies in besonderer Weise, weil er ein ausdifferenziertes und hochpräzises Teilsystem der Gesellschaft ist (...).“

In diesem Zusammenhang werden an Schulsport von der Gesellschaft Ansprüche und Erwartungen gelegt, die aus einer gesundheitsorientierten Sicht immer nachhaltiger und umfassender formuliert werden (vgl. Balz ebd.).

Nicht nur der Sportunterricht, sondern auch ausserschulische sportliche Tätigkeiten bieten den Kindern, unabhängig von einer gezielten Gesundheitsförderung (hier Gesundheitswochen und deren Konsolidierungsphasen) *gesundheitliche Vorteile*. Leider wird der Gedanke, dass Sport und Schulsport sich nicht nur für schulische und ausserschulische Umgebung, sondern auch als freizeitleiche Gestaltung qualifizieren sollte, wird heutzutage inkonsequent verfolgt (dazu auch Balz, 1995, S. 41). Auf einer Seite ist dafür verantwortlich der knappe schulische Zeitbudget für die sportive Aktivitäten, auf der anderen Seite auch die Tatsache, dass der fächerübergreifender Ansatz von bewegungs-, bzw. gesundheitsorientierten Tätigkeiten, oft nur im Evaluationsrahmen von verschiedenen Projekten benutzt wird. Wobei gerade das überzeugende Vorbild des Lehrers, das bewegungsfreundliche Schulklima, „(...) wo Modelle eines sportlich gesunden Lebensstils praktisch werden, sind die Schüler für das Anliegen einer gesunden Lebensführung zu gewinnen.“ (Balz, 1995, S. 47). Dabei die Anpassungsprozesse, die durch mittlere bis submaximale Belastung geschehen (Ausdauer-niveau), beeinflussen direkt die Leistungsfähigkeit, und können zu optimalen Muskelfunktion und -entwicklung beitragen. Nicht nur für die weniger aktive, sondern auch für die bereits aktive Kinder und Jugendlichen gilt, dass mit einer auf Ausdauer, Kraft und Beweglichkeit gezielten Bewegungsaktivität sie noch mehr für ihr Wohlbefinden, ihre Gesundheit tun (vgl. Martin et al., 2006). Da Sport auch als kulturelles Tätigkeitsfeld gesehen wird, beinhaltet seine Wirkung auch die sozialen Aspekte, d.h. mit anderen Menschen und sich selber im Dialog zu stehen (vgl. z.B. Mengisen, 1997). Durch erfahrungsbezogene Erkenntnisse (Erlebnisse) nimmt der Sport Einfluss auf die gesunde Lebensgestaltung, zumal auch auf soziokulturelle Werte, wie Fairness und Disziplin, die als

ein Teil der Prävention von sozialpathologischen Verhalten (Gewalt/Aggressivität) verstanden werden können (vgl. Hotz, 1994, S. 10-12; Luther und Hotz, 1998; Keller, 1994, S. 13). Es gibt auch bestimmte Sportinhalte, die im Unterricht präventive Wirkung erzielen, wie klar geregelte und ritualisierte Formen von körperlichen Auseinandersetzungen - Miteinanderspielen, Anspannen/Entspannen (in Steinegger, 2002, # Gewaltintervention).

Die präventive Wirkung von Sport, bzw. Bewegen/Erleben spiegelt auch der erlebnispädagogische Ansatz, der neben anderem auch bei Jugendhilfemaßnahmen eingesetzt wird. Zu einem suchtpreventiven Potenzial des Sports meint die Autorengruppe von BASPO<sup>19</sup>, BAG<sup>20</sup> und des Netzwerks Gesundheit und Bewegung Schweiz, wahrscheinlich für Rauchen, möglich für Cannabis und unwahrscheinlich für Alkohol ist (vgl. Martin et al., 2006). Eine Verbesserung der psychischen Gesundheit, der kognitiven Leistung und der sozialen Integration durch Sport und Bewegung wird in vereinzelt Hinweisen dargestellt (vgl. Ilg und Knappe, 1999; Martin et al., 2006).

Beim Sportunterricht in den Gesundheitswochen, der noch thematisch akzentuiert und gestaltet wird, ist ein intensiverer Erlebniseffekt vorauszusetzen. In den Konsolidierungsphasen bietet sich die Möglichkeit, das schon einmal erlebte Thema zu verbreitern, bzw. die Kenntnisse und Fertigkeiten zu vertiefen, also die Nachhaltigkeit der Wirkung zu sichern.

Kritisch könnte man bei der sportlichen Aktivität vermerken, dass nicht jedes Kind unbedingt leistungsorientiert und –motiviert ist. Aus didaktisch-pädagogischer Sicht bietet sich als Lösung an, im Sportunterricht einen Kompromiss zwischen rein sportlichen Aktivitäten und der Bewegung, bzw. des Sich - Bewegens zu suchen.

- Feedback (Reflexion) als Faktor der Transparenz

---

<sup>19</sup> BASPO – Bundesamt für Sport Schweiz

<sup>20</sup> BAG – Bundesamt für Gesundheit Schweiz



- Kontroll- und Evaluierungsmaßnahmen mittels Test- und Fragebögen zu den ausgewählten Thematiken.
- Gruppeninterviews mit den Schülern und Schülerinnen

Auf die oben genannten Aspekte bezogen, kann das Rahmenprogramm der Gesundheitswochen folgendermaßen dargestellt werden:

- Thematisch orientierte Interventionen im Unterricht (Theorie der Gesundheitsbereiche in der spielerischen Form, z.B. in Kunststunden, Naturkunde)
- Bewegungspausen im Unterricht (Kompensationsübungen, verschiedene Formen von Entspannung, einfache Bewegungsspiele mit Singen, Joga für Kinder)
- kinästhetische Unterrichtsweise (Lernen mit und bei Sich - Bewegen)
- Bewegungspausen zwischen den Unterrichtsstunden (kleine Sportspiele, Übungen mit Musik, psychomotorische Übungen und Spiele, Bewegungsspiele, Wettkämpfe auf der Kletterwand)
- Bewegungsaktivitäten im Hort (Bewegungs- und Sportspiele auf dem Sportplatz, Psychomotorik, Kinderaerobic und Tanz)
- Freiwillige Sport- und Bewegungsaktivitäten am Nachmittag (Joga für Kinder und Entspannungstechniken, Sportspiele in der Sporthalle oder auf dem Sportplatz).
- Andere außerschulische Bewegungsaktivitäten, wie z.B. Vereinsport.

Das konkrete Bewegungsangebot und das Angebot anderer gesundheitsorientierter Tätigkeiten wird abhängig von der ausgewählten Gesundheitsthematik und der ökonomischen und soziokulturellen Bedingungen der jeweiligen Schule zusammen gestaltet und umgesetzt. Die Tabelle im Anhang I zeigt detailliert die Organisation des Programms, der einzelnen Tätigkeiten im Unterricht und am Nachmittag während der Gesundheitswoche.

### 7.4.3 Didaktisch-inhaltliche Empfehlungen für die Gesundheitswochen

#### *Unterricht*

In diesem Teil stelle ich kurz Beispiele von Tätigkeiten im Unterricht vor, ohne sie genauer nach der Klassenstufe einzuordnen. Es geht um didaktisch-inhaltliche Empfehlungen, die als Leitfaden für die gesundheits-, bzw. bewegungsorientierte pädagogische Arbeit der Lehrpersonen in der tschechischen Grundschule umgesetzt wurden. Es wird hier ein allgemeiner, punktuell geordneter Angebot, mit Anweisungen für ausgewählte Bewegungsaktivitäten dargestellt. Als Ausgangspunkt und Inspiration haben uns die methodischen Hefte der deutschen Autoren Verfügung gestanden (vgl. Ilg und Knappe, 1999).

Eine Verkürzung der Bewegungszeit, z.B. durch ein engeres Angebot an Bewegungstätigkeiten im Unterricht und nach dem Unterricht in der Gesundheitswoche, können die Effekte im Rahmen der gesundheitsorientierten Erziehung negativ beeinflussen. Um also die Qualität der Gesundheitswochen zu sichern, sollte aus methodisch-didaktischer Sicht im Interesse jeder schulischen Einrichtung stehen, solche Tätigkeiten einzuplanen, die mit den Rahmenbedingungen der Implementierung (Kosten, Räumlichkeiten, Zahl der kooperierenden Personen usw.) übereinstimmen und mehr oder weniger einen fließenden Ablauf der Gesundheitswoche ermöglichen.

Der interdisziplinäre Einsatz spiegelt sich in der folgenden kurzen Beschreibung von den Stundeninhalten während der Gesundheitswoche:

- *Muttersprache (bzw. Fremdsprache)* – mittels Erzählungen auch von eigenen Erfahrungen, Gedichten, oder Märchen (Metafern) kann den Kindern die Bedeutung von Bewegung für das menschliche Leben vermittelt werden, oder die Folgen eines bewegungslosen Lebens, bzw. ungesunden Ernährung geschildert werden.
- *Mathematik* – Rechnen und verschiedene graphische Darstellungen können den Kindern helfen, sich die Tagesstruktur besser vorzustellen und sie wahrzunehmen, und diese Wahrnehmung auch mit Bewegung verknüpft zu üben. Ein von den Zielen der selbstständigen Gesundheits-

handlung ist die optimale Einteilung des Tages, zu der die passive Erholung (Schlaf) und aktive Erholung (Bewegung) gehören.

- *Sportunterricht* – neben gesundheitsorientierten Übungen und den gewöhnlichen kleinen oder Sportspielen (Basketball, Völkerball) wählen die Lehrer Spiele oder Bewegungstätigkeiten an das Wochenthema angepasst. Falls in der Schule ein diplomierter Sportlehrer zur Verfügung steht, dann verkörpert er als Fachmann innerhalb der Gesundheitswochen die Rolle eines „Bewegungsmanagers“. Er organisiert Sportwettbewerbe, attraktive Sportarten (Klettern, Hochseilgarten usw.) oder gemeinsame Übungsstunden Eltern mit den Kindern. Selbstverständlich ist es wichtig die räumlichen und materiellen Bedingungen der Schule bei der Gestaltung des Bewegungsangebotes in Rücksicht zu nehmen, aber auch die Jahreszeit. Als ein Hilfsmittel auf dem Wege zur selbstständigen Bewegungsaktivität kann eigenes Notizbuch dienen, in dem die Kinder graphisch oder schriftlich über die durchgeführte, bzw. selbst geplante Bewegungsaktivität Notizen führen. Später im Rahmen einer Selbsteinschätzung und eines Erfahrungsaustausches können sie ihre Notizen mit anderen Kindern, bzw. mit dem Lehrer diskutieren. Dies entspricht dem dialogisch - handlungsorientierte Ansatz im Bewegenlernen, indem „wird (...) den individuellen Bedürfnissen und Lernerfahrungen der Lernenden gerecht, weil er sie zum eigenständigen Sporttreiben befähigen kann.“ (Rappel, 2005, S. 115). Dialogorientiertem Lernen, bzw. dialogorientierten Fachdidaktik des Sportes widmet sich auch z.B. Bucher (1983).
- *Musikunterricht* – bietet neben singen auch die Möglichkeit von einer Verbindung der Musik mit der Bewegung. In diesem Fach ist es auf die örtlichen kulturellen Gegebenheiten zuzugreifen und sie auch in diese Unterrichtsstunden implementieren, weil die kulturellen Traditionen den Alltag und das gesamte Lernprozess der Kinder wesentlich beeinflussen.
- *Kunstunterricht* – bei malen oder basteln drücken sich die Kinder spontan aus. Es sind oft ihre Erlebnisse von Alltagssituationen, wie Spielen, Üben, öfters leider auch Computerspielen oder Fernsehen. Nicht nur ein spontaner Ausdruck wird in dem Lernprozess der Kinder angesprochen. Die

Kreativität des Kindes stellt eine einzigartige Handschrift von jedem Kind dar. Gezielt kann den Kindern eine Aufgabe gestellt werden, einen Bewegungsablauf einer erlebten Bewegung zu malen. Diese „künstlerische“ Darstellung verknüpft eng die kognitive und emotionale Ebene der Kinder und hilft ihnen intensiver das Erlebte wahrzunehmen. Eine Wandzeitung, die zu dem ausgewählten Thema zusammengebastelt wird, kann als abschließende Reflexion/Leistungspräsentation von der Gesundheitswoche dienen.

- *Heimatkunde* – mit ihrer Zielsetzung, nimmt ein breiteres Themenfeld aus dem menschlichen Leben ein. Dies bietet die Möglichkeit an, eine größere Themenauswahl im Bereich der gesunden Lebensweise in diesen Stunden zur Hand zu haben. Neben gesunder Ernährung, richtiger Alltagsstruktur kommen auch Themen wie Hygiene, Unfallverhütung bei der Arbeit oder im Straßenverkehr in den Vordergrund.
- *Pausen zwischen Unterrichtsstunden* – werden während den Gesundheitswochen zu einer *quasi freiwilligen* (die Schüler und Schülerinnen wählen aus einem festgelegten Angebot von Bewegungstätigkeiten selbstständig „ihre“ Tätigkeit aus) Bewegungstätigkeit genutzt. Auf dem Schulsportplatz, in der Sporthalle oder auf speziell vorbereiteten Standorten (wie Klettern, Spielecke mit Psychomotorischen Hilfsmittel) können die Kinder selbstständig ihr Bewegungsbedürfnis ausleben.
- *Alle Fächer* – haben während der Gesundheitswoche ein Paar Gemeinsamkeiten. Neben dem Hauptthema ist das von der prinzipiellen Seite die abwechslungsreiche Gestaltung der gesamten gesundheitsorientierten Tätigkeiten. Von der inhaltlichen Perspektive, sind das gezielte Entspannungsübungen und die „kinästhetische“ (bewegungsorientierte) Unterrichtsweise, die als Kompensation der einseitigen physischen und psychischen Belastung (Sitzen, Konzentration auf Lehrstoff) eingesetzt werden. Solcher Wechsel zwischen Belastung und Entspannung (einschl. auch Wechsel von Körperposition beim Arbeiten und Lernen) wirkt positiv auf die Leistungsfähigkeit der Kinder im Unterricht (vgl. Mahlitz, 2002, S. 171).

### *Schulhort*

Im Unterschied zu den deutschen Gesundheitswochen wurde in der Tschechischen Republik unmittelbar nach dem Mittagessen in der Schulkantine ein Kurs der gesunden Ernährung eingeführt, wo die Kinder mit Erzieherinnen einfache Gerichte aus der gesunden Küche zubereitet haben. In diesem Kurs wurden die theoretischen Kenntnisse aus dem Bereich der gesunden Ernährung neu übergeben, wiederholt, gefestigt und umgesetzt. Der Kurs war für die Kinder gedacht, die täglich den Schulhort besuchten. Es wurden aber nicht ausgeschlossen die Schüler und Schülerinnen, die nicht zu der regelmäßigen Schulhortgruppe gehörten. Die „Produkte“ ihrer Arbeit haben sie anschließend mit den anderen Kindern, bzw. Lehrern oder Helfern geteilt.

Um die Kontinuität des Bewegungsangebotes zu sichern, können in kleineren Masse in der Sporthalle und auf dem Sportplatz kleine Spiele, bzw. Psychomotorik und Bewegung nach und mit der Musik veranstaltet werden.

### *Nachmittagsprogramm*

gehört zu dem bewegungsintensivsten Teil der Gesundheitswoche. Aufgrund des bewegungsorientierten Gesundheitsauftrages werden reizvolle und spielerische Bewegungsformen gewählt und auch die Bewegungsmittel und Bewegungsplätze variiert (Sport im Freien, in der Turnhalle). Parallel laufen Sport-, Spiel- und andere Bewegungsangebote, wie:

- Joga und Entspannungsübungen
- Kinderaerobic, bzw. Tanzen
- Psychomotorik/Geräteparcours
- Freiwilliges Spiel und Bewegen

Gehört zu speziellen Bewegungseinheiten der Gesundheitswoche, wo das Prinzip der Freiwilligkeit und Selbstständigkeit am meisten im zentralen Punkt stehen. Nach den materiellen und räumlichen Möglichkeiten der Schule, stehen im Programm z.B. Softball, Fußball, Volleyball (und seine Modifikationen, wie Ringwerfen), Unihockey, Schwimmen, kleine Spiele, Psychomotorik, Kinderaerobic und Tanzen, Jogaübungen. Die Kinder entscheiden sich selbstständig, ob und an welcher von den angebotenen Tätigkeiten sie teilnehmen oder wenn die

gesamten schulischen Bedingungen erlauben, wird das Programm flexibel an die Wünsche der Kinder angepasst.

Aus dem Nachmittagsprogramm sind selbstverständlich die Eltern nicht ausgeschlossen. Insgesamt also soll der zeitlich-organisatorische Rahmen der Gesundheitswochen genügend Zeiträume für Bewegungs- und Gesundheitsaktivitäten enthalten. Das sind Freiräume zum Sammeln von Informationen, Erfahrungen, die die Kinder selbständig gestalten können.

## **7.5 Organisation und der Ablauf der Gesundheitswochen**

Um Kontinuität in dem Projekt herzustellen und zu sichern, wurde die Organisation der einzelnen Gesundheitswochen für mehrere Jahre geplant. Der organisatorische Ablauf der Projektwochen stützte sich auf eine allgemeine Rahmenstruktur, die aus der

- Vorbereitungsphase
- Durchführungsphase
- Konsolidierungsphase bestand.

In den folgenden Punkten werden die Projektphasen kurz beschrieben.

### *7.5.1 Die Vorbereitungsphase*

Ein qualitativ gut gesichertes Projekt, das in Bezug auf die Teilnahme, der Kosten-Nutzen-Relation, den Inhalten und den Methoden klare Linien aufweisen, beansprucht eine sorgfältige Planungsstruktur (siehe Abb. 4). Anders gesagt bestimmt die solide Vorbereitung jenes Projektes, bzw. Unternehmens maßgeblich die angestrebten Resultate und vermindert den Einfluss von Störfaktoren. Die notwendigen Vorbereitungsarbeiten sollen nicht unmittelbar in die Durchführungsphase der Gesundheitswochen, also auf den Unterricht oder auf die Pausen zwischen den Unterrichtsstunden gelegt werden.

Folgende Abbildung zeigt die drei Abschnitte der Vorbereitungsphase:

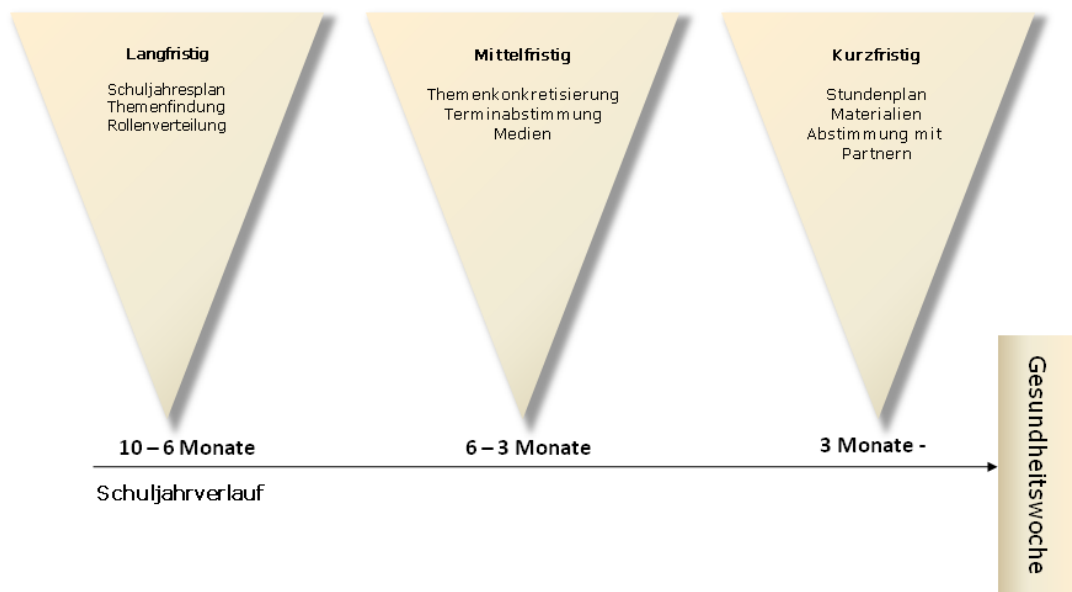


Abb. 4: Vorbereitungsphase der Gesundheitswochen

#### 7.5.1.1 Langfristige Planung

Die langfristige Planung entspricht einem Zeitraum von ca. 6-12 Monaten vor der Gesundheitswoche, in dem Schuljahresplan, Themenfindung, Rollenverteilung und Sponsorensuche stattfinden.

Die Schuljahres- und Stundenplanung gehört allmählich zu einer Routinearbeit des Lehrers. Der relativ lange „Vorgabenzeitraum“ sollte den Lehrkräften die Einplanung der Gesundheitswochen und der Konsolidierungsphasen erleichtern. Im Vorfeld der Pilotphase des Projektes findet ein Workshop für die Lehrer statt, in dem sie von den Fachleuten aus der Universität (ursprüngliche Projektträger) in die Problematik der Gesundheitswochen eingeführt werden. Weiterhin, je nach den örtlichen Umständen und Konditionen, werden Entscheidungen über eine Zusammenarbeit mit der Universität getroffen, auch auf dem Feld der Hauptkoordinatorenrolle. Das nächste Zusammentreffen, und zwar der Lehrer mit den Eltern, stellt den Eltern die Konzeption, Ziele, Inhalte und daraus resultierenden Veränderungen, bzw. Anforderungen innerhalb des Schullebens vor. Bei der Themenfindung haben die Pädagogen die Wahl, diesen Schritt mit den Kindern, bzw. Eltern zu unternehmen, oder sich selber für ein adäquates Thema

zu entscheiden, dies allerdings mit den Kindern und Eltern abzustimmen, und das Thema dann auch konkretisieren. Diese Vereinbarung sollte spätestens mittelfristig realisiert werden. Auf die praktische Seite bezogen sind folgende Punkte bei der Themenwahl zu berücksichtigen:

- Attraktivität des Themas, vor allem für die Kinder;
- seine Durchführbarkeit;
- seine Verarbeitung soll das soziale Dreieck Lehrer-Kinder-Eltern (vgl. Andresen, 2000) einschließen und zu einer kooperativen Arbeit führen, mindestens dies ermöglichen;
- und allgemein auf die Zielfolgerung der Gesundheitsförderung wirklich ausgerichtet sein (genügend Bewegungsmöglichkeiten anbieten, gesundheitsorientiertes Wissen effektiv vermitteln).

In der *Rollenverteilung* geht es darum, die Aufgaben- und Kompetenzbereiche der an den Gesundheitswochen beteiligten Personen zu bestimmen.

Die *Sponsorensuche* stellt einen kontinuierlichen langfristigen Prozess dar, der eng mit der Kosten-Nutzen-Relation zusammenhängt. Die exakte finanzielle Planung (Quellen, die zur Verfügung stehen; Kosten, die beansprucht werden) beeinflusst stark die Realisierung und Wirksamkeit der geplanten Gesundheitswochen.

Eine effektive<sup>21</sup> und effiziente<sup>22</sup> Zusammenarbeit anderen Institutionen, Medien, und vor allem die Sponsorensuche lässt sich nur schwer auf schnelle, dem Zufall überlassene Art und Weise, realisieren.

#### 7.5.1.2 Mittelfristige Planung

Nimmt in Anspruch 3-6 Monate vor der Gesundheitswoche, beinhaltet die Festlegung des Themas, die Terminvereinbarung und die Kontaktaufnahme mit den

---

<sup>21</sup> Von **Effektivität** spricht man, wenn ein Ziel und im welchen Maß es erreicht wurde.

<sup>22</sup> **Effizienz** andererseits beschreibt den Maß für die Wirtschaftlichkeit, den angewendeten Aufwand, der zur Erreichung des Zieles notwendig ist (vgl. Mahlitz, 2002)



Medien. Während der Elternabende, bzw. während eines zu diesem Zweck veranstalteten Treffens der Lehrer mit den Eltern, Schülern und Schülerinnen, werden das Hauptthema der nächsten Gesundheitswoche und der Termin ihrer Realisierung festgelegt. Es werden auch innerhalb des gesamten Koordinierungsprozesses auch Besprechungen eingeplant, in denen die einzelnen Aufgabenbereiche diskutiert, bzw. fertig gestellt werden. Nach dieser Phase werden Elternbriefe versandt, in denen die konkretisierten Informationen über die kommende Gesundheitswoche aufgezeigt werden. Die Eltern sollen auf keinen Fall aus dem ganzen Prozess ausgeschlossen werden.

Die Medien wie örtliche Zeitungen, Fernseher, Radio oder Fachzeitungen, können zur Realisierung des Projekts aus verschiedenen Sichten wesentlich beitragen. Sie können nicht nur als Werbeträger dienen, sondern stellen auch dem Prinzip einer „offenen Schule“ folgend, eine Kontaktmöglichkeit zwischen der Schule selbst und der außerschulischen Umgebung her. Wallrabenstein (1998, S. 35) stellt die pädagogischen Offenheit zu einem Kind in zwei Richtungen: Offenheit nach innen – basiert auf der Veränderung des Unterrichts; und Offenheit nach außen – die Schule als Institution öffnet sich der außerschulischen Welt (einem Stadtviertel, einem Dorf), in der das Kind seine Erfahrungen gewinnt (vgl. Janík, 2002, S. 4f). Durch solche Offenheit könnte die häufig gewünschte Zusammenarbeit zwischen Schule und Gesellschaft eine Intensivierung erfahren. Wie Zomerland (1997, S. 2) dazu meint: „(...) Kooperationsfähigkeit, soziale Sensibilität und Selbstständigkeit müssen heute als Fähigkeiten von den Schulen, gleich in welchem Unterrichtsstil, entwickelt werden.“

#### 7.5.1.3 Kurzfristige Planung

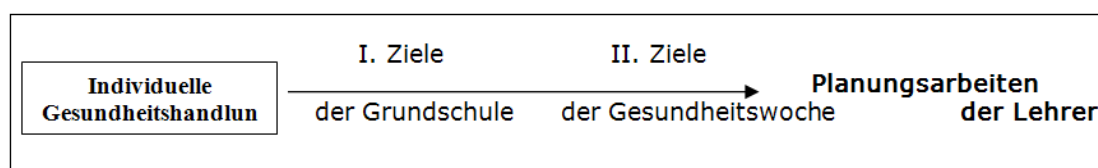
Kurzfristige Planung erfolgt ca. 0-3 Monate vor der jeweiligen Gesundheitswoche. In sie werden auch die möglichen ‚flexiblen‘ Veränderungen des Programms in dem letzten Zeitraum mit einbezogen.

Der Stundenplan für die Gesundheitswoche wird festgelegt, es werden die Materialien und Unterlagen zu dem ausgewählten Thema zusammengestellt. Ein Punkt, der bei einer effektiven Planung nicht fehlen darf, ist die Abstimmung mit den Partnern (Helfer, beteiligte Personen, Sponsoren, Institutionen).

Der Hauptkoordinator überprüft noch einmal, ob das Programm der Gesundheitswoche, die verteilten „Positionen“ und Punkte eingehalten werden können, um eine grundsätzliche Einigung zu erzielen.

Die Einteilung in diese drei Zeitsäulen während der Vorbereitungsphase macht die Arbeitsschwerpunkte überschaubar und transparent. Manchmal kann aber auch die beste Planung den Einfluss von möglichen Störfaktoren nicht verhindern. Für solche Fälle wäre es gut, immer eine Ersatzlösung zur Hand vorbereitet zu haben. In welchem Maß und ob es in der pädagogischen Realität machbar ist, um den Lehrer zugleich nicht zu überfordern, wäre sicher eine interessante Fragestellung innerhalb der Evaluation. Man muss sich ständig vor Augen halten, wie komplex die Arbeit des Lehrers ist, und mit welchen objektiven Alltags-, aber auch Dauersituationen, der Lehrer konfrontiert wird.

Aufgrund des hohen Abstraktionsgrades des Gesundheitsbegriffes ist die Planung im Rahmen der Gesundheitsförderung auf zwei Konkretisierungsschritte zuzuführen



*Abb. 5:* Konkretisierung der Planungsschritte (nach Ilg und Knappe, 1999)

Die Bewegung stellt ein ganz entscheidendes Element im Leben der Kinder dar, weil sie in ihren vielfältigen Formen und Zusammenhängen ihrer Gefühls- und Gedankenwelt sehr stark anspricht und einnimmt.

Zielgerichtete Bewegungsaktivität der Kinder in ihrem schulischen und auserschulischen Alltag ist deshalb auch eine anspruchsvolle Aufgabe, aber ein durchaus erreichbares Ziel. Eine gut bilanzierte Zielstellung ermöglicht eine zweckgerichtete Planung in den theoretischen Unterrichtsfächern und im gesamten Bewegungsfeld (vgl. Ilg und Knappe, 1999).

### 7.5.2 Durchführungsphase

Die Durchführungsphase in beiden Ländern (Deutschland und Tschechische Republik) beinhaltet ein Paar gemeinsame Schwerpunkte, die sich zusammenfassen lassen. Gesundheitswochen:

- als ein Teil einer zyklisch strukturierten Gesundheitsförderung finden Zweimal im Schuljahr statt,
- haben ihre Konsolidierungsphase,
- schliessen in ihren Rahmenprogramm sowohl den Unterricht als auch die ausserschulische bewegungsorientierte Aktivitäten ein,
- haben eine feste zeitliche Rahmenstruktur
- schliessen den sozialen Dreieck Eltern – Kinder – Lehrer ein,
- sind Themenorientiert.

Die Idee, den Unterricht während der Gesundheitswochen nach verschiedenen Themen zu gestalten sieht seinen Ursprung im *Projektunterricht*, der als Reformidee in den 1970er aktueller geworden ist. Projektunterricht wird in Blöcken eingesetzt, denn mit seiner integrativen Funktion übersteigt er den Rahmen einzelner Fächer. Die Lerneffekte, die im Rahmen von Projekten erzielt wurden, werden von der Forschung als vielschichtiger, tiefergehend und resistenter gegen das Vergessen beschrieben (vgl. Janík, 2002, S. 3). Dieser Ansatz war auch einer der entscheidenden Punkte, warum Grundschule Brumovice für die Gesundheitswochen als gut geeignet erschien. Projektarbeit innerhalb des Unterrichts war ein von mehreren Arbeitsstile, die die Lehrerinnen benutzten.

In der Vorbereitungsphase auf die 1. Gesundheitswoche (Pilotgesundheitswoche) wurde zuerst ein Realisationsteam zusammengestellt, das aus Dozenten, Doktoranden und Studenten der Pädagogischen Fakultät der Masaryk- Universität Brno bestand.

Nach der Konsultation mit den deutschen, schweizerischen und österreichischen Projektleitern, in der einige der den Realisierungsbedingungen präzisiert wurden, hat das tschechische Team angefangen, das Projekt der Gesundheitswochen zu verwirklichen. Auf geplanten Sitzungen wurden die ersten Aufgaben und Kompetenzbereiche verteilt. Nach dem Vorschlag des damaligen Projektleiters wurde eine Dorfgrundschule ausgewählt, die sich für die Durchführung ei-

nes innovativen Projektes sehr aufgeschlossen zeigte. Aus den Zuschussmitteln der Pädagogischen Fakultät der MU Brno wurde die Finanzierung für die Pilotphase des Projektes gedeckt. Es wurden die ersten Untersuchungsverfahren festgelegt, die ersten Untersuchungen durchgeführt, um die „Situation“ in der Grundschule zu kartieren. Schließlich wurde auch noch das Rahmenprogramm der 1. Gesundheitswoche zusammengestellt.

In dem erreichbaren zeitlichorganisatorischen Rahmen wurde ein Teil der methodischen Anweisungen von deutschen ins tschechische übersetzt. Danach wurde ein Workshop mit den Lehrerinnen und Erzieherinnen der ausgewählten Grundschule organisiert. Darin wurde festgelegt, dass die erste Gesundheitswoche überwiegend von dem universitären Realisationsteam koordiniert wird. Mit dieser Vorgehensweise sollte die Pilotgesundheitswoche hauptsächlich der Sammlung von Erfahrungen dienen, die im Sinne einer formativen Evaluation in die Gestaltung der weiteren Projektetappen einfließen sollte (vgl. Lames, 1996, S. 123).

Die erste Gesundheitswoche fand am 18. – 22. 10. 1999 statt. Nach ihrer Auswertung wurde zuerst ein Forschungsbericht im Rahmen einer Diplomarbeit geschrieben, und erst ein Jahr später begann die Serie anderer Gesundheitswochen (siehe Tab. 3.). Die gesamte Realisierung wurde für 4 Jahre geplant (1999 – 2003).

Tab. 3: *Ablauf des Projektes „Gesundheitswochen in der Grundschule“*

GW	Zeitraum	Thema	Teilnehmer
1.	18. – 22. 10. 1999	Bewegung, Obst und Gemüse	77 Kinder 6 Lehrerinnen 9 Studenten 3 Dozenten
2.	25. – 29. 9. 2000	Gesunde Skelettentwicklung und die Prävention von Verletzungen	67 Kinder 6 Lehrerinnen 4 Studenten 4 Dozenten
3.	23. 4. – 27. 4. 2001	HerzKreislauf, Cholesterin und Fairplay	Fehlende Angaben
4.	24. – 27. 9. 2001	Richtige Körperhaltung und geistiges Gleichgewicht	5 Lehrerinnen 2 Dozenten 3 Studenten
5.	17. – 21. 6. 2002	Gesunde Zähne	55 Kinder 5 Lehrerinnen 3 Studenten 1 Dozent
6.	7. – 11. 10. 2002	Bedeutung von Biorhythmen	47 Kinder 5 Lehrerinnen 3 Studenten 1 Dozent
7.	16. – 20. 6. 2003	Ich bewege mich gesund	47 Kinder 5 Lehrerinnen 3 Studenten 1 Dozent

Die erste Phase der Realisation wurde mit geringen Schwierigkeiten auf der organisatorischen Ebene verbunden, die sich bei den späteren Gesundheitswochen lösen lassen haben. Trotzdem erst an den letzten drei Gesundheitswochen haben die Lehrerinnen der Grundschule Brumovice die Rolle des Hauptmanagers vertreten. Auf dem Feld der Zusammenarbeit waren bei der Durchführung der verschiedenen Themen Dozenten und Studenten der beteiligten Pädagogischen Fakultät mit Rat und Tat zur Stelle, um dem Forschungsauftrag gerecht zu werden.

Die Elternteilnahme an der Durchführung der Gesundheitswochen (Helferrolle) hat sich schrittweise entwickelt, war allerdings nicht groß. Im Folgenden möchte ich noch eine kurze Bemerkung zur Vorbereitung der einzelnen Wochen einstreuen. Mir scheint es ganz besonders wichtig zu sein, die Eltern über dieses Projekt längere Zeit vor Durchführung des Projektes zu benachrichtigen und sie auch detailliert, leicht verständlich, in das Arbeitsvorhaben einzuführen. Ich meine damit, dass erst so eine motivierte Mitarbeit zu erwarten sein kann (vgl. Ergebnisse der Evaluation, Kap. 10).

Die 7. Gesundheitswoche war offiziell die letzte abschliessende Woche. Die Gründe für die 4jährige Planung des Projektes, lagen an den eingeschränkten finanziellen Mitteln und Personalquellen, die für die Realisierung und begleitende Evaluierung zur Verfügung standen. Die schulpolitische und Veränderungen wirkten sich auf die Struktur der Grundschule Brumovice aus, was zu Folge hatte, dass die Zahl des pädagogischen Personals und der eingeschriebenen Kinder wesentlich enger wurde.

Das Projekt „Gesundheitswochen in der Grundschule“ kann also abschliessend so bewertet werden, dass es gelungen ist, insgesamt 7 Gesundheitswochen zu realisieren. Die dabei gesammelten Erkenntnisse und Erfahrungen werden im Kap. 10 vorgestellt.

### *7.5.3 Konsolidierungsphase*

In der Zeit zwischen den Gesundheitswochen finden die Konsolidierungsphasen statt, die eher inhaltlich als strukturell, an die Gesundheitswochen anschliessen. Die Konsolidierungsphasen werden als wichtiger Zeitraum gesehen, wo der Prozess der Festigung, bzw. Vertiefung in den Gesundheitswochen erworbener Kenntnisse und Fertigkeiten, stattfindet. Das Erworbene wird wiederholend angewendet und allmählich beständig gemacht – konsolidiert (vgl. Ilg und Knappe, 1999).

Im Rahmen der deutschen Gesundheitswochen wurde nach jeder Gesundheitswoche mittels Fragebogen festgestellt, welche Übungen, bzw. Bewegungstätigkeiten, die Kinder am liebsten mitgemacht und welche ihnen am besten gefallen haben (vgl. Mahlitz, 2002, S. 11, Anhang). Diese wurden dann in die Konsolidierungsphasen eingeordnet.

In den tschechischen Gesundheitswochen sind wir diesem Vorgehen auch gefolgt. Während des Implementierungsprozesses stellte sich aber heraus, nicht nur auf die, in der vorigen Gesundheitswoche durchgeführten Bewegungstätigkeiten Bezug zu nehmen, sondern in den Konsolidierungsphasen auch solche Tätigkeiten einzuordnen, die aus zeitlich-organisatorischen Gründen für den Unterricht, Sportstunden, bzw. Nachmittagsstunden besser geeignet wären, trotzdem aber der Zielsetzung der Gesundheitswochen folgten (z.B. Entspan-

nungs- und Kompensationsübungen im Unterricht, Tanzen, in Nachmittagsstunden usw.).

Nicht nur aus der Sicht der Nachhaltigkeit der Wirkungen von durchgeführten Gesundheitswochen, sondern auch als Teil der gesamten schulischen Gesundheitsförderung und gesundheitsorientierten Erziehung, könnte sich die Realisierung von einzelnen Gesundheitstagen im Verlauf des Schuljahres (während der Konsolidierungsphasen) als effektiv/unterstützend erweisen. Sie stellen eine verkürzte Alternative von Gesundheitswochen dar (vgl. Abb. 6). Ihre Realisierung stellt allerdings spezielle Ansprüche an die Arbeit der Lehrkräfte.

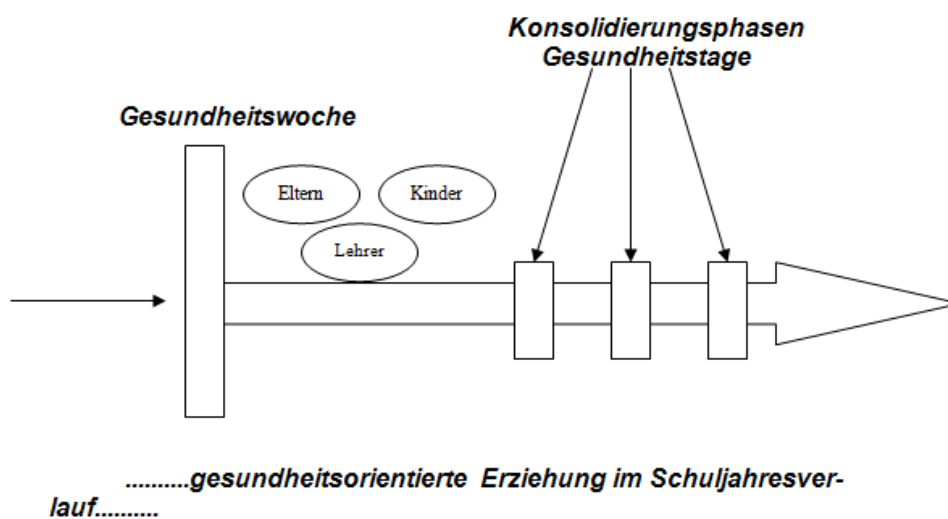


Abb. 6: Gesundheitsförderung im Schuljahresverlauf (nach Ilg und Knappe, 1999)

## **8 Forschungstheoretische Überlegungen zum Projekt „Gesundheitswochen“**

### **8.1 Fragestellungen zum Projekt "Gesundheitswochen"**

Die grundlegende Fragestellung der Evaluation ist:

- Inwieweit ist das Projekt „Gesundheitswochen“ realisierbar?
- Welchen Einfluss hat das Projekt auf die Freizeitgestaltung der Kinder und die Unterrichtsgestaltung der Lehrpersonen in den Konsolidierungsphasen?
- Welchen Einfluss hat das Projekt auf die psychosomatischen Merkmale der Schüler und Schülerinnen?
- Welchen Einfluss hat das Projekt „Gesundheitswochen“ auf das gesamte Schulklima?

Betreffend die Bewegungsaktivität sind folgende Fragen gestellt worden:

- Wie oft nutzen die Lehrerinnen die Bewegungsaktivität im Unterricht aus?
- Welche Tätigkeiten sind das?
- Wie werden den Schüler und Schülerinnen die Kenntnisse über Bewegungsaktivität vermittelt?
- Wie ist die Einstellung der Schüler und Schülerinnen zur Bewegungsaktivität im Unterricht?
- Wie ist die Einstellung der Schüler und Schülerinnen zur Bewegungsaktivität generell?
- Wie viel bewegen sich die Schüler und Schülerinnen in ihrer Freizeit?
- Welche sind die häufigsten Bewegungstätigkeiten der Schüler und Schülerinnen in ihrer Freizeit?

### **8.2 Hypothesen**

Je nach der Relevanz des Untersuchungsvorhabens, ob es um eine Erklärung oder eine Beschreibung des untersuchten Sachverhaltes geht, habe ich mich entschieden, Hypothesen und Kausalhypothesen zu stellen (vgl. Hussy, 2006).



- *Hypothese 1*

Unter den oben genannten Rahmenbedingungen der Realisierung ist es möglich, das Projekt „Gesundheitswochen“ auf der ausgewählten Grundschule effektiv zu realisieren.

Es wird festgestellt, inwieweit das Konzept des Projektes (mit seinen Empfehlungsmaterialien, Zielsetzungen) realisierbar ist, und ob es den Ansprüchen einer effektiven, gesundheitsorientierten Interventionsmaßnahme entspricht.

- *Hypothese 2*

Mittels didaktischer Interventionen im Rahmen eines Gesundheitsprojektes ist es möglich, das Gesundheitsverhalten von Schülern und Schülerinnen effektiv zu beeinflussen. Gezielte Erziehung zur Gesundheit im Rahmen dieses Modells führt zu folgenden Wirkungen:

- *Kausalhypothese 1*

Die Kenntnisse der Schüler und Schülerinnen zur Wirkung von Bewegungsaktivitäten werden sich durch diese gesundheitsorientierten Intervention erweitern und vertiefen.

Mittels didaktischer Interventionen während der Gesundheitswoche (sowohl praktische Übungen als auch theoretische Tätigkeiten) und in den Konsolidierungsphasen können die Kinder einen weiteren und tieferen Kenntnisstand über die Bewegungsaktivität und ihren Auswirkungen gewinnen.

- *Kausalhypothese 2*

Die individuelle gesundheitsorientierte Handlungsfähigkeit der Schülerinnen und Schüler wird durch diese gesundheitsorientierten Interventionen positiv beeinflusst.

Es wird erwartet, dass es durch die Erlebniseffekte der Bewegungs- und der gesundheitsorientierten Aktivitäten möglich ist, die Kinder dazu zu bringen, bei ihrem täglichen Handeln auf ihre eigene Gesundheit und auf die Gesundheit der anderen achten. Dazu meint Mahlitz (2002, S. 94), dass „(...) die Kinder aus den Gesundheitswochen bestimmte Verhaltensweisen, Bewegungshandlungen

(...) über die Schule hinaus in das Elternhaus hinein tragen und im besten Fall zu habituellen Bestandteilen ihres Handlungsrepertoire werden.“

- *Kausalhypothese 3*

Der Umfang der Bewegungsaktivität der Schüler und Schülerinnen in ihrem Alltag wird durch diese gesundheitsorientierten Interventionen größer.

Die Gesundheitswochen prägen, wenn man mit dem nächsten sozialen Umfeld der Kinder hernimmt, die Familie und die Schule, prägen die alltägliche Freizeitgestaltung in Richtung Vermehrung der Bewegungsaktivitäten.

- *Kausalhypothese 4*

Die körperliche Disposition der Schüler und Schülerinnen werden durch diese gesundheitsorientierten Interventionen positiv beeinflusst.

Die ausgewählten körperlichen Dispositionen, wie Body Mass Index, körperliche Leistungsfähigkeit und Körperhaltung der untersuchten Kinder, erreichen bessere Werte.

### **8.3 Die Charakteristik der Stichprobe**

#### *8.3.1 Die Größe der Stichprobe*

Die Grundschule Brumovice, die für die Realisierung des Projektes mit ihren Räumlichkeiten und dem dazugehörigen Personal ausgewählt wurde, ist eine Dorfschule mit einer relativ geringen Anzahl von Schülern und Schülerinnen, die insgesamt in fünf Klassen eingeteilt waren. Das Konzept der Schule war nur für die Primarstufe bestimmt, die höheren Klassenstufen waren in dem Konzept nicht berücksichtigt. Die Sekundarstufe I (6. – 9. Klasse) konnten die Kinder dann in einem Nachbardorf weiter besuchen. Diese Schule hatte jedoch keinen konzeptionellen Anschluss an die Grundschule Brumovice, was für die langfristig geplanten Bildungsziele (ihre Nachhaltigkeit) der Grundschule Brumovice eher negative Auswirkungen hatte.

Die Zahl der Kinder hat sich während der langfristigen Untersuchungszeitspanne verändert. Von den ursprünglich 77 Schülern und Schülerinnen sind nur 45 in der Schule geblieben. Näher wird Diese Situation wird in der Tabelle 4 genauer

aufgezeigt. Die Altersspanne der Kinder lag durchschnittlich zwischen 6 – 11 Jahren.

Tab. 4: *Veränderung der Anzahl der Schüler und Schülerinnen in den Klassen 1-5 im Zeitraum von 1998 – 2003.*

Klasse	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
1.	12	11	11	5
2.	18	9	10	7
3.	17	16	9	10
4.	17	16	16	8
5.	13	17	11	15
<b>Gesamt</b>	<b>77</b>	<b>69</b>	<b>57</b>	<b>45</b>

Die Gründe für die dramatisch gesunkene Schüler- und Schülerinnenanzahl in den einzelnen Klassen. liegen in der demographischen Entwicklung des Dorfes. Als Folge dieses Phänomens musste im letzten Jahr der Evaluation ein jahrgangsübergreifender Unterricht eingeführt werden, was zur Folge hatte, dass auch die Inhalte Unterrichts teilweise geändert wurden. Die geringe Klassenbesetzung wäre der Grundschule Brumovice beinahe zum Verhängnis geworden, geschlossen zu werden. Also hat sich die Aufgabenspanne im Halbjahr 2002 und im Schuljahr 2002/2003 neben der Unterrichtsgestaltung in Richtung der organisatorischen Maßnahmen verschoben. Nach Aussage der Lehrerinnen brachte diese „negative“ Entwicklung auch eine teilweise ungesunde Atmosphäre mit sich. Dies hatte im Grunde auch Auswirkungen auf alle im Unterricht bisher realisierten, gesundheitsorientierten Bemühungen (z.B. Bewegungspausen).

Die Anzahl der Lehrerinnen, es waren insgesamt 5, blieb die ganze Evaluationszeit konstant. Während der gesamten Projektphase kam es jedoch zu personalen Veränderungen. Neben dem Wechsel der Schuldirektion im Schuljahr 2000/2001 (vgl. Kap. 9.1.2) hat im Schuljahr 2001/2002 eine Lehrerin das Kollegium verlassen und für sie kam eine neue. Außerdem haben an bestimmten

Aufgabenbereichen im Rahmen der Gesundheitswochen (Nachmittagsprogramm im Hort) zuerst zwei, später dann eine Erzieherin mitgeholfen.

Zur Grundschule Brumovice gehört noch ein Kindergarten, der teilweise an dem Programm der Gesundheitswochen beteiligt war. In die Evaluation des Projektes wurde der Kindergarten allerdings nicht aufgenommen.

Für das gesamte Forschungsvorhaben wurde die gesamte Grundschule Brumovice mit 5 Lehrerinnen, 2 Erzieherinnen und 77 Schüler am Anfang bis 45 Schüler am Ende der Evaluation einbezogen. Für die partiellen Untersuchungen, wurden dann unterschiedlich große Stichproben geplant, wie auch weitere Abschnitte zeigen.

### *8.3.2 Die Charakteristik des Bildungskonzeptes der Grundschule*

Das Bildungskonzept der Grundschule Brumovice war in mehrerlei Hinsicht entscheidend für die Wahl der Schule als Projektträger. Im Kapitel 7.4.1 führte ich an, dass für die tschechischen Schulen vier Bildungsprogramme zur Auswahl stehen. Die Grundschule Brumovice hat in ihrem Bildungskonzept hauptsächlich das Programm „Obecná škola<sup>23</sup>“ realisiert. Dieses Bildungskonzept als Auswahlkriterium für das Projekt Gesundheitswochen zeichnet sich durch eine gewisse Offenheit für innovative bildungsorientierte Schritte aus. Für die Implementierung des Projektes waren bezogen auf die Unterrichtsorganisation folgende Merkmale entscheidend: Die flexible Einteilung von Unterrichtseinheiten, die niedrigere Anzahl der obligatorischen Unterrichtsstunden und die aktive, thematisch orientierte, Ausnutzung der Pausen.

Die flexible Unterrichtszeit wird den psychischen und physischen Bedürfnissen der Kinder „angepasst“. Im Unterricht werden auch öfters, je nach Bedarf, Bewegungspausen ausgenutzt, die entweder einen Kompensationscharakter haben (Entspannung, Dehnübungen, Atemübungen) oder als „bewegungsorientierte“ Unterrichtsweise (vgl. Kap. 7.4.3) erscheinen. Die Unterrichtseinheiten

---

<sup>23</sup> „Obecná škola“ = wörtlich übersetzt als „Allgemeine Schule“

werden in unterschiedlich großen Blöcken gestaltet (z.B. 90 Minuten, oder 45 Minuten). Was etwa die Gestaltung der Pausen anbelangt, wurde unterschiedlich verfahren. Einige Pausen wurden „klassisch“ gestaltet, etwa mit Gabelfrühstück, Trinken, physiologischen Bedürfnissen oder Kommunikation mit den Mitschülern. Andere wurden als ein Teil der gezielten gesundheitsorientierten Bewegungsaktivität (Singen, Entspannung usw.) ausgerichtet. Das Einhalten der Pausen als Entspannungseinheiten, ist im Rahmen des Bildungsprogramms verbindlich.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Gesundheitswochen inhaltlich und auch konzeptionell mit den Erziehungs- und Bildungszielen dieses Bildungsprogramms übereinstimmen.

Innerhalb dieses Bildungsprogramms waren auch manche Elemente aus alternativen Bildungskonzeptionen berücksichtigt (z.B. Daltonprogramm), Projektunterricht und Dramatisches Gestalten. Das allgemeine Schulklima der Grundschule Brumovice mit ihren Erziehungszielen und Inhalten und deren Einlösungen und Umsetzungen ist als gesundheitsfördernd zu charakterisieren (vgl. Stojaníková et al., 2001).

### *8.3.3 Das Persönlichkeitsprofil der Lehrerinnen*

Es wurde keine fundierte Persönlichkeitsanalyse der Lehrerinnen der Grundschule Brumovice durchgeführt. Die folgenden Zeilen stützen sich nur auf die Äußerungen, die man innerhalb spontanen Interviews mit den Lehrerinnen zum Thema Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung in der Schule gewonnen hat. Dabei hat sich herausgestellt, dass die Pädagoginnen ganz offen für die Implementierung von innovativen Projekten in der Grundschulkonzeption waren. Sie waren es gewöhnt, neue Ideen im Unterricht umzusetzen und mit ihnen auch flexibel zu arbeiten. Die Gesundheitswochen sind ein Projekt, dass durch ein breites Feld von zusätzlichen Aufgaben die Belastbarkeit der Lehrer und Lehrerinnen stark beansprucht (vgl. Ilg und Knappe, 1997). In Bezug auf diese Tatsache haben die Lehrerinnen der Grundschule Brumovice auch diesem Kriterium entsprochen.

### *8.3.4 Die Räumlichkeiten und Ausstattung*

Die Größe der Klassenzimmer entspricht der Zahl der eingeschriebenen Schüler und Schülerinnen. In jeder Klasse werden spezielle „Räume mit Teppichen“ eingerichtet, die man zu der bewegungsorientierten Unterrichtsweise und in den Bewegungspausen flexibel nutzen konnte (siehe Abb. 7).



*Abb. 7:* Klasseneinrichtung und ihre Nutzungsmöglichkeiten.

Problematisch war die Situation mit der Turnhalle. Im Schulhof wurde aus einer Garage ein kleiner Gymnastiksaal gemacht (Abb. 8), der von Größe und materieller Ausstattung für die Sportunterrichtszwecke nur eingeschränkte Möglichkeiten zugelassen hat. Als alternative Turnhalle wurde der Schule die Ortsturnhalle zur Verfügung gestellt, die allerdings nicht ganz den hygienischen Anforderungen entsprach. Die schwach funktionierende Heizungsanlage und das örtliche „Restaurant“ im Nebenraum sind nur Beispiele, die diese Feststellung untermauern können.



*Abb. 8:* Gymnastikhalle

Mit diesen äußeren Bedingungen musste sich das gesamte pädagogische Personal der Grundschule Brumovice ständig auseinander setzen, was auf der einen Seite die optimale Erfüllung der pädagogischen Ziele im Bewegungsbereich stark einschränkte, zum anderen aber hinderte die Flexibilität und Kreativität der Lehrerinnen ungewöhnlich stark herausforderte. Sie selber führten in Gesprächen an, dass sie es sehr willkommen heißen würden, wenn die Grundschule besser ausgestattet wäre.

#### **8.4 Forschungsmethodischer Ansatz der Evaluation von Gesundheitswochen**

Wie den Fragen- und Hypothesenstellung entnommen werden kann, benötigt dieses Forschungsvorhaben dank seiner breiten Ausrichtung einen multidimensionalen Forschungs- und Methodenansatz. In dieser Arbeit werden sowohl qualitative als auch quantitative Forschungsansätze benutzt, um eine möglichst genaue und kontinuierliche Kausalitätsauffassung zu erreichen und die eventu-

ellen Lücken zu schließen, die durch einseitige Auslegung von einem bestimmten Forschungsansatz entstehen könnten (vgl. Mahlitz, 2002; Haag, 1994).

Diese Arbeit ist eine qualitative Einzelfallstudie mit analytisch-deskriptivem Charakter, die ein kompliziertes Forschungsdesign hat. Der hermeneutische Hintergrund, befände es laut dem forschungslogischen Ablauf in den Grundannahmen/Hypothesengenerierung, der Datenaufnahme, Analyse, Interpretation usw. (vgl. Prohl und Gröben, 1999; Mahlitz, 2002) in der sportwissenschaftlichen Bewegungsforschung fokussiert nämlich auf ein „Handlungsverstehen“, und die Bewegungshandlung wird dabei als ein Forschungsgegenstand „(...) nicht nur ‚von außen‘ beobachtbar, sondern auch ‚von innen‘ verstehbar.“ (Prohl und Gröben, 1999, S. 63).

Nach Strauß und Haag (1994, S. 24ff) kann ein Forschungsverfahren in drei Konzeptionsrichtungen gehen, und zwar in die deskriptive, die korrelative oder in die experimentelle Richtung. Wie auch Mahlitz (2002) andeutet, ist es in der Forschungsrealität nicht immer möglich, diese voneinander genau zu unterscheiden, d.h. es ist kaum möglich eine genaue Zuordnung zu schaffen, da es kommt häufig zu Überschneidungen. Für die Evaluation von Gesundheitswochen wird vor allem die unter deskriptiv-quasi-experimentelle Methode berücksichtigt.

In einer Einzelfallstudie geht es um die Erfassung der Pluralität des Falles, um die Beschreibung einzelner Zusammenhänge in ihrer Gesamtheit (vgl. Hendl, 1997). Die Einzelfallstudie bietet die Möglichkeit einer besseren Überschaubarkeit des Untersuchungsfeldes und ein intensiveres sich Auseinandersetzen mit den Störvariablen (vgl. Bortz und Döring, 1995).

Weil es in dieser Einzelfallstudie im Prinzip um die Untersuchung von sozialpsychologischen Wandlungsprozessen geht, in die auch die Veränderungen auf der Individualebene (intra-individuellen Veränderungen) einbezogen werden sollen, wurde, um die Gesamtheit zu erfassen, als Hauptverfahren eine Längsschnittstudie in der Form einer Panelstudie hergenommen. Im Rahmen dieser Längsschnittstudie wurden die Daten von der gesamten Schule gesammelt, auf bestimmte Faktoren bezogen (individuelle gesundheitsorientierte Handlungsfähigkeit – Bewegungsaktivität der Kinder; Leistungsfähigkeit u.a.), dann innerhalb



dieses Verfahrens fokussiert auf ausgewählte Klassen oder einzelne Schüler. Eine nähere Beschreibung folgt im Abschnitt Untersuchungsmethoden.

Während der gesamten Untersuchungszeit fanden auch Querschnittsuntersuchungen zu ausgewählten Faktoren statt, die aber aufgrund von ungenügend repräsentativer Stichprobe bei der Interpretierung der Daten nur teilweise als ergänzende, mögliche Kausalitätserklärungen, berücksichtigt werden können.

#### *8.4.1 Untersuchungsmethoden - Beschreibung*

Diese mehrdimensionale Studie beansprucht, wie schon oben angedeutet, ein breites Methodenrepertoire, um „(...) die Kluft zwischen theoretischer Modellentwicklung und methodischer Konzipierungen auf der einen Seite und den erfahrungswissenschaftlichen Absicherungen oder Überprüfungen nicht zu groß werden zu lassen.“ (Mahlitz, 2002, S. 99). Also ermöglicht die *methodologische Triangulation* diese Kluft in Grenzen zu halten und einen mehr kontinuierlichen Erkenntnisgewinn zu schaffen.

Methodologische Triangulation ist ein grundlegendes methodologisches Instrument, in dem es um eine parallele Nutzung von verschiedenen Datenquellen, Methoden, Forscher, Theorien geht, und zwar bei der Untersuchung eines Phänomens. Das Ziel der Triangulation besteht darin, die zuverlässigen Informationen von den unzuverlässigen zu reinigen und dabei ein valides und möglichst objektives Bild von dem untersuchten Gegenstand zu gewinnen.

Dieses Kombinationskonzept unterliegt auch vielen kritischen Ansichten, in denen z. B. die Notwendigkeit eines „vorsichtigen und zielbewussten“ Kombinierens angesprochen wird, um eine tiefere und breitere Analyse zu ermöglichen, die wie Fielding & Fielding (1986, S. 33) schildern, jedoch nicht unbedingt eine „objektive“ Wahrheit widerspiegeln muss.

Eine systematische Perspektiven- Triangulation will möglichst viele Aspekte eines Problems aufzufassen und zu berücksichtigen (vgl. Flick, 1991, S. 153). Anders ausgedrückt ist nach Denzin (1978) Triangulation eine *Strategie der Validierung*, was aber oft als eine *Alternative* zu solcher Strategie gesehen wird. Ob und inwieweit sich die gewählten Methoden kombinieren lassen, bleibt auch eine wichtige Fragestellung, die die Reaktivität der einzelnen Methoden anspricht. Neuls et al. (2001, S. 357f) führt an, dass manche Autoren darauf auf-

weisen, dass die qualitativen und quantitativen Paradigmen unvergleichbar und nicht kombinierbar sind, und zwar weil sie über wesentlich unterschiedliche epistemologische, ontologische und methodologische Ausgangspunkte verfügen. Es herrscht auch die Meinung, dass man die Forschungsmethoden quer durch die quantitative und qualitative Paradigmen nicht mischen kann, innerhalb eines Paradigmas aber schon, und dann redet man z. B. über eine „qualitative Triangulation“.

Neuls et al. (2001, S. 359f) führt weiterhin an, dass passendes Kombinieren von qualitativen und quantitativen Methoden bei Beobachtung von Bewegungsaktivität eigene logische Begründung haben. Vor allem bei einer analytischen Auffassung der Jugendlichenmotive und -interessen für die Bewegungsaktivität sehen sie die methodologische Triangulation als effektiv.

Die Begründung der Entscheidung für die Triangulation und für die Wahl und Kombination der Methoden spielen also in diesem Fall eine wichtige Rolle (vgl. Flick, 1991, S. 432ff).

In der wissenschaftlichen Methodologie werden auch ihre anderen Synonyme benutzt, wie Methodenmix, Methodenkombination oder multimethodisches Vorgehen (vgl. Hendl, 1997; Denzin, 1978; Mahlitz, 2002).

Mit den qualitativen Methoden sollten vor allem die Einstellungen und Meinungen der Kinder zur Gesundheit, zu gesundheitsorientierten Aktivitäten, ihr Gesundheitsverhalten im Zusammenhang mit der Bewegungsaktivität festgestellt werden. Und selbstverständlich um möglichst kontextuelle Erklärungen anzubieten, wurde mit den qualitativen Methoden auch die Lehrer- und Elternebene untersucht.

Mit den durchlaufenden Hospitationen in den Vorbereitungs-, Realisierungs- und Konsolidierungsphasen wurde das Verhalten von Kindern, Lehrern oder Eltern im Zusammenhang mit der gesunden Lebensweise und mit den Gesundheitswochen beobachtet. Dazu wurden teilnehmende und nicht- teilnehmende Beobachtungen benutzt, nicht strukturierte Diskussionen mit den Kindern, Eltern, und Lehrern durchgeführt und Fragebögen, sowohl in einer schriftlichen als auch graphischen Form, verteilt. Begleitend wurde von jeder Gesundheitswoche eine Videodokumentation gemacht und das Projekt wurde auch fotografisch gestaltet.

Von den quantitativen Methoden wurden zu Wiederholungsuntersuchungen der Unifittest und ein Körperhaltungstest durchgeführt. Die Struktur der erfolgten Untersuchungen wird im Kap. 9.3.2 näher dargestellt.

Die Handlungsfähigkeit an sich ist ein Mehrkomponentenfaktor, weswegen ein „gemischtes“ Forschungsdesign für seine Untersuchung gut geeignet ist. Die qualitativen Methoden, die besonders im sozialen Kontext berücksichtigt werden, sollten nicht zuletzt auch die Validität der gesammelten Daten sichern.

Auf den Schüler-, Lehrer- und Elternebene wurden aus der empirischen Sozialforschung folgende Techniken der Datenerhebung benutzt (vgl. Mahlitz, 2002):

#### 8.4.1.1 Befragung

Es wurden verschiedene Formen der Befragung benutzt, sowohl die schriftliche als auch die mündliche. Der Grad der Standardisierung der Befragungsinstrumente war unterschiedlich. Mittels Befragungstechniken wurden die Meinungen, Einstellungen und interessenorientierten Befragungsinhalte mit demoskopischen Angaben untersucht. In der Tabelle 5 werden die benutzten Befragungstechniken charakterisiert:

Tab. 5: *Charakteristik der angewandten Befragungstechniken*

Befragungstechnik	unstrukturiert	strukturiert	schriftlich	mündlich	offen	offen / Geschlossen	geschlossen
Bewegungsaktivitäts - Fragebogen (BAF)		x	x			x	
Kenntnisse über Sitzen Fragebogen		x	x			x	
Lehrerfragebögen I - III		x	x			x	x
Lehrerinterview		x		x	x		
Elternfragebogen		x	x			x	

#### *Bewegungsaktivitätsfragebogen (BAF)*

In dieser Befragung ging es darum, langfristig die Meinung/Einstellung und Handlungen der Kinder bezüglich ihrer täglichen Bewegungsaktivität zu erfassen. In den Aussagen ging es ausschließlich um Beschreibungen ihrer Alltagsstruktur, bzw. täglichen Bewegungsaktivität und ihrer Handlungen. Wie auch Faltermaier (1994, S. 185f) anführt, hatte früher das Alltagshandeln, verknüpft mit dem Alltagswissen, in der „Volksmedizin“ für die Lebensführung und Gesundheitserhaltung eine große Bedeutung. Heute ist in erster Linie die Gesell-

schaft für den unbefriedigenden Gesundheitszustand der Menschen verantwortlich. Demnach sollten also wieder die Lagentheorien und das Alltagsleben im Fokus der Gesundheitspolitik stehen. In diesem Zusammenhang wäre vielleicht zu überlegen, ob nicht auch im empirischen Bereich die Sicht der Subjekte mehr betrachtet werden sollte.

- Standardisierung der Befragungssituation

Nach Bortz und Döring (1995, S. 253f) sind mögliche Fehlerquellen beim Ausfüllen eines Fragebogens zu thematisieren. Zu diesen Fehlerquellen zählen Bortz und Döring die Kooperationsbereitschaft der Probanden, die Formulierung und Zusammenstellung der Items und die Testsituation. Ähnlich, wie Lang (2005, S. 97) anführt, wird die Kooperationsbereitschaft der Schüler und Schülerinnen beim Ausfüllen des Fragebogens in den Bedingungen der Schulklasse, also unter Leitung der Lehrkraft, als hoch eingeschätzt. Um die möglichen Fehlerquellen zu minimieren, wurden Maßnahmen für die Standardisierung der Befragungsdurchführung unternommen. Den Lehrerinnen wurde die Leitungsposition bei der Ausfüllung zugeteilt, weswegen sie auch während einer dafür organisierten Sitzung in die Befragungsdurchführung eingeschult wurden. Maßnahmen für die Ausfüllung des Fragebogens werden in folgenden Punkten genannt:

- Die Minimierung des Effekts der sozialen Erwünschtheit sollte durch die Anonymität der Schüler und Schülerinnen gewährleistet werden. Dazu gehört auch die Anonymität und Diskretion der Daten bei der weiteren Bearbeitung.
- Einheitlicher Zeitraum für die Ausfüllung des Fragebogens in den einzelnen Klassen (ca. 20 - 25 Minuten) wurde festgelegt, womit zugleich auch die neurophysiologischen Hintergründe der maximalen Zeit für die Konzentriertheit der Kinder berücksichtigt werden sollten. Bei manchen Fragen wollten wir möglichst spontane Antworten gewinnen.
- Fragen, die den Kindern vor allem in den niedrigeren Klassenstufen nicht klar waren, durften von den Lehrerinnen zusätzlich erklärt werden. Dies sollte dann von den Lehrerinnen in ein zusätzliches Befragungsprotokoll eintragen werden, um dies als einen

möglichen Einflussfaktor bei der Interpretierung der Daten zu berücksichtigen.

- Mit den Kindern wurde die Einleitung des Fragebogens zusammen vorgelesen und Unstimmigkeiten geklärt.
- Die Befragung fand jeweils an denselben Wochentagen und in denselben Tageszeitpunkten statt, also mittwochs nach der großen Pause.
- Alle möglichen Störfaktoren (z.B. Unruhe in der Klasse, aktuelles soziale Klassenklima) sollten die Lehrerinnen in dem dafür vorgelegten Protokoll erwähnen.

- Beschreibung des Fragebogens

Dieses Instrument bestand ursprünglich aus 26 Items. Später während seiner Standardisierung, wurden nach zahlreichen Überlegungen einige Items herausgenommen. Dazu kamen aus dem Untersuchungsfeld für die Kausalitäten noch relevante Punkte. So wurde der Fragebogen um neue Items ergänzt. Nach zwei Modifikationen beinhaltete der Fragebogen schließlich als vollständiges Messinstrument 32 Items. Der Fragebogen hat einen offen/geschlossenen Modus, d.h. er gibt den befragten Kindern die Möglichkeit, ihre Meinung offen zu äußern. In der Graphik des Fragebogens wurden die Übersichtlichkeit und der Motivationsaspekt für die Kinder berücksichtigt (vgl. Anhang IIIa-IIIc.).

Der Fragebogen wurde in zwei Teile geteilt – in einem Teil standen Fragen für die Woche, der andere Teil beinhaltete die Fragen für das Wochenende. Anlehnend an das Modell der „individuell gesundheitsorientierten Handlungsfähigkeit“ wurden dem übergeordneten Konstrukt „die selbstständige gesundheitsorientierte Handlungsfähigkeit“ mit Spezifizierung auf die „Bewegungsaktivität“ der Kinder partielle Konstrukte zugeordnet:

- *Die Zeit der passiven Erholung (Schlaf)*

Die Entscheidung für die Wahl dieses Konstruktes liegt in den Tatsachen, dass optimale Länge des Schlafes den Kindern das Erlebte besser verarbeiten hilft, ihre Konzentration, Leistungs- und Lernfähigkeit, ihr Wachstum unterstützt, und dass sie allgemein positive Einflüsse auf andere biologische Funktionen des Kindes hat. Ein guter und optimal langer Schlaf mindert auch Verhaltensauffällig-

keiten, wie Hyperaktivität und Unruhe (vgl. Wiater et al., 2001, Folie 13f). Die Zeitlänge des Schlafes der Kinder der Grundschule Brumovice festzustellen, sollte uns helfen, das Bild über die Lebensweise der Kinder zu ergänzen. Diesem Konstrukt wurden zwei Fragen zugeteilt (modifiziert auch für das Wochenende):

1. *„Um wie viel Uhr stehst du morgens auf?“*
2. *„Um wie viel Uhr gehst du gewöhnlich schlafen?“ und die Variante für Wochenende.*
3. *„Wann stehst du gewöhnlich am Wochenende auf?“*
4. *„Um wie viel Uhr gehst du am Wochenende schlafen?“*

- *Die Morgen-, bzw. Abendgymnastik*

Die Morgen- und Abendübungen stellen ein Teil der gezielten selbstständigen Bewegungsaktivität der Kinder dar. Die Antworten sollten also nicht nur die Beschreibung aus der Sicht der Kinder darzustellen, sondern auch die mögliche Kausalität zwischen der Durchführung der Übungen und dem Projekt untersuchen.

In der ursprünglichen Version des Fragebogens wurden diesem Konstrukt zwei Fragen zugeordnet:

5. *„Treibst du Morgengymnastik bevor du zur Schule gehst?“ und*
6. *„Machst du körperliche Übungen bevor du schlafen gehst?“ (mit zwei Varianten auch für das Wochenende Fragen 7. und 8.).* In der zweiten Version des Fragebogens wurde als mitwirkender Faktor der selbstständigen gezielten Bewegungsaktivität auch die Familie miteinbezogen. Dieser Bereich wurde durch folgende Fragen untersucht:

9. *„Treibst du Übungen mit deinen Eltern?“*
10. *„Treibst du Übungen eher mit deiner Mutti oder deinem Papa?“*
11. *„Treibst du Übungen mit deinen Geschwistern?“*

In den nächsten zwei Fragebogenversionen wurde auch der Zusammenhang mit der Morgen- und Abendgymnastik und den Gesundheitswochen gesucht und so um folgende Frage ergänzt:

12. *„Benutzt du dabei Übungen, die du während der Gesundheitswoche gelernt hast?“* Anschließend entsprachen diesem Konstrukt also 5 Fragen (die letzte auch als Version für das Wochenende).

- *Der Weg zur Schule*

Dieses Konstrukt befasst sich mit der Art und Ankunftszeit der Schüler und Schülerinnen zur Schule. Somit soll zugleich ein weiterer Teil der Bewegungsaktivität im Alltag der Kinder erfasst werden. Die entsprechenden Fragen waren also nur für die Woche bestimmt:

13. *„Gehst du zur Schule zu Fuß?“*

14. *„Wie lange dauert dein Weg zur Schule?“*

15. *„Fährst du gewöhnlich mit dem Fahrrad zur Schule?“*

16. *„Wenn ja, wie lange dauert der Weg zur Schule mit dem Fahrrad?“*

17. *„Fahren dich gewöhnlich die Eltern mit dem Auto zur Schule?“*

18. *„Gehst du aus der Schule nach Hause zu Fuß?“*

19. *„Fährst du am meisten aus der Schule nach Hause mit dem Fahrrad?“*

20. *„Fahren dich gewöhnlich deine Eltern mit dem Auto nach Hause?“*

Bei den Zeitangaben geht es um subjektive Einschätzungen der Kinder. In den weiteren Versionen des Fragebogens wurden diese Fragen nicht mehr berücksichtigt.

- *Bewegungsaktivität in den Pausen und im Unterricht*

Mit der Frage 21. *„Wenn du die Möglichkeit zu wählen hast, was machst du am liebsten während der Pausen?“* könnte festgestellt werden, ob die Kinder zur Bewegungsaktivität, ihrer natürlichen Ressource, spontan greifen, um die im Unterricht gesammelte Spannung loszulassen und neue dadurch auch neue Energie schöpfen (dazu vgl. auch Faltermaier, 1994, S. 215). Dadurch könnte sich allerdings nur die äußere Umsetzung beschreiben lassen. Die tieferen Motive der Kinder, sich während der Pausen zu bewegen, wurden nicht untersucht. Bei der Interpretierung der Ergebnisse ist es deswegen sinnvoll auch die Möglichkeit zu berücksichtigen, dass solches Handeln auch unbewusst gesteuert werden könnte. Ähnlich wurden in den nächsten modifizierten Versionen auch diese Fragen gestellt:

22. *„Was machst du, wenn du dich während des Unterrichts beim Sitzen müde fühlst?“*

23.a,b *„Magst du die Bewegungspausen während der Unterrichtsstunden? Warum?“*

*24.a,b „Treibst du gerne die körperlichen Übungen im Unterricht? Warum?“*

*25.a,b „Welche Körperposition wählst du am liebsten bei der Arbeit auf dem Boden? Warum?“*

*26.a, b „Gefällt dir das Arbeiten auf dem Boden? Warum?“*

*27. „Welche Körperposition wählst du am meisten während du in der Bank sitzt?“*

*28. „Wie würde deine ideale Unterrichtsstunde aussehen?“*

- *Freizeit und Bewegung*

Hier ging es auch um eine subjektive Einschätzung der Zeitlänge und um die Beschreibung der Freizeitgestaltung der Kinder. Auf die Bewegung bezogen wollte ich den Umfang und die Art der Bewegungsaktivität (gezielt, nicht gezielt, gesundheitsorientiert) der Kinder feststellen. Weil die Dorfbedingungen den Alltag der Kinder stark prägen, wurde in einer Unterkategorie auch nach den Tätigkeiten der Kinder im Haushalt, bzw. im Garten gefragt.

*29. „Falls du dich in deiner Freizeit gerne bewegst (z.B. draußen), wie viele Minuten täglich sind das?“*

*30. „Hilfst du regelmäßig deinen Eltern bei den Haushaltsarbeiten?“*

*31. „Wenn ja, wie viele Minuten täglich sind das?“*

*32. „Ist das gewöhnlich leichtere Arbeit (z.B. abspülen), oder schwerere Arbeit (z.B. im Garten)?“*

Später, in der modifizierten Version 1 und 2 wurde eine zusätzliche Frage mit offenem Modus zugefügt, die die Qualität der Bewegung der Kinder in ihrer Freizeit untersucht hat.

*33. „Schreib, bitte, wie du am liebsten deine Freizeit in der Woche verbringst, wenn du nicht Hausaufgaben machen oder lernen musst:“*

Diese Fragen wurden sowohl in den Teil für die Woche als auch in den Teil für das Wochenende (Fragen 34., 35., 36., 37) eingeordnet.

- *Einstellung der Kinder zur Bewegungsaktivität*

Subjektive Theorien, von manchen Autoren auch als Alltagstheorien beschrieben, gelten als persönliche Konstrukte oder Beschreibungskonzepte, die dem Menschen helfen sich in seiner Umwelt zu orientieren und sie strukturiert zu verstehen (vgl. Dann, 1994). Etwas differenzierter was die die subjektiven The-



orien zur Bewegungsaktivität anbelangt, äußert sich Faltermaier (1995, S. 215). Die Einstellung der Kinder, als ein Komplex von subjektiven Konstrukten, zur Bewegungsaktivität, war der Hintergrund folgender Fragestellungen:

38. *„Bewegst du dich gerne?“*

39. *„Wenn du mehr Zeit hättest, würdest du dich mehr und öfters bewegen?“*

40. *„Schreibe, bitte, welcher Sport oder welche Bewegungsaktivität gefällt dir am meisten:“*

Die Frage 41. *„Was stellst du dir alles vor, wenn man „Bewegungsaktivität“ sagt?“* war nur in der zweiten modifizierten Version des Fragebogens hinzugefügt.

- *Einstellung der Kinder zur Gesundheitswoche*

Mittels folgenden Fragen wollten wir in der ersten und zweiten Version des Fragebogens näher die Einstellung der Kinder zur Gesundheitswochen feststellen:

42.a, b *„Gefällt dir die Gesundheitswoche? Warum?“*

43. *„Wenn du dich nicht wohl fühlst oder hast irgendwelche Beschwerden, benutzt du irgendwelche Übungen, die du in der Gesundheitswoche gelernt hast, damit es dir besser geht?“*

44. *„Möchtest du in der nächsten Gesundheitswoche dein eigenes Bewegungsprogramm zusammenstellen?“*

45. *„Was bedeutet für dich die Gesundheitswoche?“*

Der Grund, warum manche Fragen herausgenommen und durch anderen ersetzt worden sind, liegt in dem veränderten Fokus der Fragestellung. Manche Fragen erwiesen sich nicht als relevant, um zu Erkenntnissen zu kommen, bei manchen Konstrukten fehlte ein tieferer Fokus (vgl. Kap. 10.2.1). Es war keineswegs das Ziel, ein Befragungsinstrument zu konstruieren und zu benutzen, dessen Anzahl von Fragen zu hoch ist, weil damit die Motivation beim Ausfüllen sinken würde. Es sollte aber auch eine zu oberflächige Fragestellung vermieden werden. Somit ist die Modifikation des Fragebogens als Kompromiss zu anzusehen, in dem mit einer möglichst geringen Zahl von Fragen der Alltag der Kinder im Fokus auf ihre Bewegungsaktivität und die Gesundheitswochen erfasst werden sollte. Der gesamte Fragebogen sollte für die Kinder möglichst einfach sein. Dieser Fragebogen wurde in der Längsschnittstudie als Hauptinstrument für die

Feststellung der wöchentlichen Bewegungsaktivität der Schüler und Schülerinnen festgelegt.

### *Kenntnisse über Sitzen – Fragebogen (KSF)*

Dieses Instrument wurde aus dem Deutschen ins Tschechische übersetzt und modifiziert. Bei diesem Instrument handelte es sich um eine Kontrollbefragung über die in der Gesundheitswoche und der Konsolidierungsphase erworbenen Kenntnissen über das gesunde Sitzen und dessen Umsetzung im Alltag. Es geht um eine hypothesenrelevante Untersuchung. Der Fragebogen besteht aus 5 Items, mit offenem und geschlossenem Modus. Dieses Befragungsinstrument ist einfach gestaltet und hat deshalb bei seiner Handhabung den Kindern keine großen Schwierigkeiten bereitet. Die gewonnenen Daten dienen als Ergänzungsdaten zur Interpretation des Körperhaltungstest zu verstehen. Die Standardisierung der Befragungssituation folgte der Standardisierung beim Bewegungsaktivitätsfragebogen (vgl. ebd.). Bei den Fragen 3., 4. und 5. waren Mehrfachnennungen möglich und die Fragestellung sah folgend aus (vgl. Anhang IV):

#### *Ist Sitzen für die Gesundheit belastend?*

Mit dieser Frage wollte ich feststellen, ob den Kindern irgendein Zusammenhang zwischen den Folgen einer einseitigen Belastung beim Sitzen auf die Gesundheit klar ist.

*Nenne, bitte, die Gründe, warum du dich für solche Antwort entschieden hast (für 3., 4. a 5. Klasse):*

Diese offene Frage wurde den Kindern ein Freiraum gegeben, um ihre spontane Meinung zu äußern und diente als vertiefende Kontrollfrage.

#### *Welche Beschwerden kann man bekommen, wenn man lange Zeit sitzt?*

Bei dieser Frage ging es nicht nur um die Untersuchung der bestehenden Kenntnisse. Indirekt wollte ich mit dieser Frage auf das Körpergefühl, das die Kinder beim Sitzen empfinden, eingehen.

#### *Was gefällt dir am Sitzen auf dem großen Ball?*

Weil im Unterricht eingeschränkt große Gymnastikbälle zur Verfügung standen, wollte ich wissen, wie die Kinder auf dieses Gerät reagieren. Die ursprüngliche

Intention für diese Frage lag vor allem in der Motivation der Kinder für so ein Hilfsmittel, indirekt auch in ihrer Sensibilisierung für den Gymnastikball.

#### *Was fühlst du beim Sitzen auf dem Ball?*

Wie empfindsam die Kinder für eine richtige Sitzposition sind, wollte ich mit dieser Frage herausfinden. Ich nahm an, dass wenn die Kinder beim Sitzen auf dem Ball ein positives Erlebnis während des Lernens erfahren, kann sich durch solche positive Erfahrung mehr für eine richtige Sitzposition motiviert, bzw. sensibilisiert werden.

#### *Lehrerfragebögen (LF)*

Wurden einmal zur Feststellung der Lehrerinnenmeinung zur Gesundheitswoche (*Lehrerfragebogen I*) innerhalb einer Evaluationsspinne eingesetzt, zum anderen als vorbereitende Untersuchung für ein späteres narratives Interview (*Lehrerfragebogen II*), das die Einstellungen und Meinungen der Lehrerinnen zum Begriff Gesundheit und noch mal zu den durchgeführten Gesundheitswochen (Zahl der Items ergänzen) wiedergab.

#### *Das Lehrerinterview (LI)*

Die Einstellungen der Lehrerinnen zur Gesundheit und Gesundheitserziehung, ihr Handeln, Wissen und ihre Beobachtungen zu diesen Themen waren im Bezug auf die Effektivität des Projektes andere Kriterien, die ich feststellen wollte. Gläser und Laudel (2004, S. 41) weisen darauf hin, dass ein standardisiertes, bzw. halbstandardisiertes Interview für diese Zwecke weniger geeignet sind, weil sie mit ihrer Form eher auf ein im Voraus bekanntes Wissen anschließen. Das Experten Interview dagegen behandelt „unterschiedliche miteinander verbundene Aspekte des zu rekonstruierenden Sachverhaltes“, um festzustellen, über welches Wissen (bzw. Einstellungen und damit verbundenen Handlungen) die befragte Person verfügt. Für die Untersuchung innerhalb der Fragestellung der Gesundheitswochen aus der Lehrerinnen-Perspektive, wählte ich das Experteninterview. Laut den Kriterien für die Fragensauswahl, die Leitfadengestaltung etc., die in der Methodenliteratur angeführt werden (z.B. Breakwell, 1990; Chirban, 1996; Hopf, 1978; Gläser und Laudel, 2004) wurde ein Interviewleitfaden zusammengestellt, der auf folgende Dimensionen Bezug genommen hat:

- Lehrerinnen als Gesundheitsexperten,

- Gesundheitswochen / Gesundheitserziehung in der Schule.

Der ersten Dimension wurden innerhalb des Interviewleitfadens folgende Fragen zugeordnet:

- Wie ist deine Meinung als Lehrerin, zu der Implementierung der gesundheitsorientierten Tätigkeiten in den Unterricht?
- Benutzt du solche Tätigkeiten, bzw. Übungen im Unterricht?
- Meinst du, du müsstest einen Beitrag leisten, die Kinder zur Gesundheit zu erziehen?
- Bestehen für dich irgendwelche Hindernisse bei der Implementierung der gesundheitsorientierten Tätigkeiten im Unterricht?
- Wo schöpfst du Informationen über den Gesundheitsbereich her, die du dann in der Schule weitergibst?
- Wie ist deine persönliche Einstellung zur Gesundheitsproblematik?
- Setzt du Erfahrungen, die du während Gesundheitswochen gesammelt hast, in deinem Alltag, bzw. persönlichen Leben um?
- Hat sich deine persönliche Einstellung zur Gesundheit verändert, seitdem du als Lehrerin in der Grundschule tätig bist?

Mittels dieser Dimension wollte ich untersuchen, welche Hintergründe es gibt, die bei den Hauptakteuren des Projekts, den Lehrerinnen die Kausalzusammenhänge formen und beeinflussen könnten. Ich wollte erfahren, inwieweit sich die Lehrerinnen ihrer Rolle als „Gesundheitserzieherinnen“ bewusst sind und wie weit diese Rolle mit ihrem Alltag korrespondiert.

Der zweiten Dimension wurden innerhalb des Interviewleitfadens folgende Fragen zugeordnet:

- Haben die Gesundheitswochen irgendwelchen Einfluss auf die Unterrichtskonzeption in eurer Schule?
- Greifen die Gesundheitswochen in den Unterricht ein, sei es während der Realisation der Gesundheitswochen oder auch danach?
- Beeinflussen die Gesundheitswochen das gesamte Leben in eurer Schule?
- Wie nehmen die Schüler und Schülerinnen, aus deiner Sicht betrachtet, die gesundheitsorientierten Tätigkeiten wahr?

- Wie reagieren die Eltern auf die Gesundheitswochen, bzw. gesundheitsorientierten Tätigkeiten, die im Unterricht implementiert werden?
- Wie ist die Zusammenarbeit zwischen eurer Schule und den Eltern im Bereich der Gesundheitsförderung/ Gesundheitserziehung? Besteht überhaupt eine?

Die zweite Dimension sollte feststellen, welche Einflussfaktoren und Merkmalausprägungen das Projekt mit seinen Inhalten mit und in sich trägt.

Ich habe mich entschieden solche Fragen zu wählen, die manche, für die theoretischen Vorüberlegungen und gestellten Untersuchungsfragen relevante Kausalmechanismen, aufklären können. Diese Fragen wurden in einem Interviewleitfaden verankert. Während des Interviews wurde dennoch Rücksicht auf den Fluss und die Natürlichkeit des Gesprächs genommen, so dass die Fragen nicht immer in der ursprünglichen Reihenfolge gestellt worden sind.

Gläser und Laudel (2004, S. 149) empfehlen für ein Interview zwei Interviewer einzusetzen, neben anderem auch wegen einer „methodischen Kontrolle“, die durch den zweiten Interviewer geleistet werden kann. Im Falle der Grundschule Brumovice war es möglich die geplanten Gespräche nur von einem Interviewer zu führen. Eine präzise Vorbereitung des Befragungsablaufes war notwendig.

Für die Dokumentierung der Gespräche wurde die Technik der Tonbandaufzeichnung mit anschließender Transkription gewählt. Dieses Vorgehen leistete auch den Freiraum, dem gesamten Befragungsprozess mehr Aufmerksamkeit widmen zu können, um mögliche Nachfragen zu stellen bzw. Bemerkungen auf ein Notizenblatt zu schreiben. Die Tonbandaufnahme könnte zwar als ein Störelement für die Natürlichkeit einer Gesprächssituation wirken (strategisches Verhalten des Interviewten im Sinne der sozialen Erwünschtheit). Eigene Erfahrung zeigte mir jedoch, dass die Anwesenheit des Tonbandes bei dem Interview im Laufe des Gesprächs von den befragten Lehrerinnen nicht wahrgenommen wurde. Gläser und Laudel (2004, S. 153) führen als Lösungsmöglichkeit, ein unauffälliges Tonbandgerät zu benutzen.

Die Kontaktaufnahme beanspruchte in diesem Fall keine „großen“ Schritte zu unternehmen, weil ich als Untersucherin und Projektleiterin in einer kontinuierlichen Verbindung mit der Leitung und dem pädagogischen Personal der Grund-

schule Brumovice war. Auf der Beziehungsebene waren also keine Hindernisse zu beobachten. Die Lehrerinnen wurden im Januar 2002 auf das geplante Interview hin angesprochen. Bei der Vereinbarung der zeitlichen und organisatorischen Bedingungen (vgl. Hendel, 1997; Gläser und Laudel, 2004, S. 153ff) wurde ein solcher Zeitpunkt für die Interviews bestimmt, der die Arbeitsauslastung der einzelnen Lehrerinnen respektierte. Nach den persönlichen Absprachen wurden dann die Termine für die einzelnen Interviews festgelegt.

#### *Der Elternfragebogen (EIF)*

stützte sich bei seiner Entstehung auch auf die Elternbefragung von Mahlitz (2002, Anhang, S. 12) und auf das Lehrerinterview und versuchte festzustellen, wie die Einstellungen der Eltern zur Gesundheitserziehung, zu den gesundheitsorientierten Aktivitäten, der Bewegungsaktivität und überhaupt und zu den Gesundheitswochen aussehen. Der Fragebogen besteht aus 11 Items mit geschlossenem, halbgeschlossenem und offenem Modus. Als wichtige Faktoren wurden auch die soziodemografischen Merkmale der Eltern befragt (Alter, Bildung, Geschlecht, Beruf) (vgl. Anhang V).

Von dem Lehrerinterview und dem Elternfragebogen wurden interessante Daten gesammelt, die die Kausalitäten für das Kindesgesundheitsverhalten näher erklären können (vgl. Kap. 10.2.3).

#### 8.4.1.2 Motorischer Test

In der gängigen Fachliteratur zählt eine optimale, bzw. höhere motorische Leistungsfähigkeit zu den Faktoren, die die Lebensqualität des Menschen bedeutsam beeinflussen. Aus gesundheitsorientierter Sicht ermöglicht die motorische Leistungsfähigkeit (*fitness*) neben anderem, die alltäglichen Aufgaben mit einer entsprechenden Vitalität zu erfüllen. Sie hilft dazu, die Gesundheitsrisiken zu mindern, die durch einen Mangel an Bewegungsaktivität entstehen können. Außerdem erleichtert eine optimale motorische Leistungsfähigkeit an den physisch anspruchsvolleren (sportlichen) Aktivitäten teilzunehmen, die zugleich aus psychologischer Sicht das Leben des Menschen bereichern können. Nach Bös (2001, S. 13) gilt *Fitness* als „Sammelbegriff für die Leistungsfähigkeit und das Wohlbefinden“.

In den tschechischen sportmotorischen Literaturquellen werden als Standardbegriffe die „*allgemeine motorische Leistungsfähigkeit*“ und die „*körperliche Tüchtigkeit*“ angeführt. Diese beiden Begriffe werden aus dem englischen „*health related fitness*“ und „*performance related fitness*“ übernommen. Für die sportwissenschaftliche und pädagogische Praxis deutlichere Begriffsbeispiele bietet, meiner Meinung nach, die Terminologie, die Bös (2001, S. 13) für den Bereich der Leistungsfähigkeit nach Clarke (1976, S. 174) erwähnt. Im Sinne einer umfassenden Leistungsfähigkeit wird das „*total fitness*“, das über eine körperliche Leistungsfähigkeit hinausgeht, benutzt. „*physical fitness*“ umfasst den Bereich der konditionellen Leistungsfähigkeit, bei der der Fokus auf die Ausdauerleistungsfähigkeit gerichtet wird. Einer allgemeinen körperlichen (motorischen) Leistungsfähigkeit (vgl. Měkota und Kovář, s.o.) entspricht der Begriff „*motor fitness*“, der den eigentlichen Gegenstand der Fitnesstests darstellt. Ähnlich wie im angelsächsischen und deutschen sportwissenschaftlichen Bereich, bilden beim fähigkeitsorientierten Ansatz die Basis die konditionellen und koordinativen Fähigkeiten, bzw. motorischen Grundeigenschaften, wie Ausdauer, Schnelligkeit, Koordination und Beweglichkeit (vgl. Měkota und Kovář, 1996, Bös, 2001, S. 4). In einer detaillierten Aufteilung der konditionellen Fähigkeiten werden im Sinne der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit, die aerobe Ausdauer (AA), anaerobe Ausdauer (AnA), Kraftausdauer (KA), Maximalkraft (MK), Schnellkraft (SK) und Aktionsschnelligkeit (AS) unterscheidet (vgl. Měkota und Kovář, 1996, S. 5, Bös, 2003, S. 14). Es ist bekannt, dass es für die Gesundheit notwendig ist, die oben genannten Fähigkeiten im Kinder- und Jugendalter zu entwickeln, zu fordern und zu fördern. Eine geplante Förderung und Entwicklung der allgemeinen körperlichen Aktivität wäre kaum möglich ohne ein valides Diagnostikverfahren. Zu diesem Zwecke wurden für die verschiedenen Bereiche der allgemeine körperlichen Leistungsfähigkeit unterschiedlich ausgerichtete motorische Tests entwickelt, die nicht nur für das Labor bestimmt sind, sondern auch unter standardisierten Verfahrensbedingungen Messungen im Terrain ermöglichen.

Unter dem Namen *Unifittest* (6-60) (UT) versteckt sich ein Leistungsfähigkeitstest, der als ein für die durchschnittliche Bevölkerung standardisiertes Verfahren in der Tschechischen Republik am meisten benutzt wird (vgl. Měkota und

Kovář, 1996). Einzelne Tests dienen als Indikatoren zur einfachen geländegängigen Beurteilung der Grund- oder Elementarbewegungsfähigkeiten und zu ihrer normativen Beurteilung mit der Rücksicht auf bestimmte Populationsgruppen. Als Kontrollgruppe gilt also die durchschnittliche Bevölkerung. Die standardisierten Tabellen der Testbatterie sind belegt durch Untersuchungen an einer repräsentativen Stichprobe der Durchschnittlichen Population (vgl. Měkota und Blahuš, 1983). Für bedeutsame Indikatoren der körperlichen Leistungsfähigkeit werden innerhalb dieses Verfahrens auch die somatischen Charakteristiken, wie Körpergröße, Körpergewicht, die Menge des subkutanen Fettes und des Body Mass Indexes.

Dieses Instrument besteht aus 4 Disziplinen:

- Coopertest
- Standweitsprung,
- 4 x 10m Lauf,
- 60s Sit ups.

Bei diesem Testverfahren geht es darum, auf eine praxisbezogene Art und Weise die grundlegenden, vor allem konditionellen Fähigkeiten (Kraft, Schnelligkeit, Ausdauer und Beweglichkeit), zu erfassen. Berücksichtigt werden dabei solche motorischen Äußerungen des Menschen, die in allen, in den Test einbezogenen Altersgruppen (6-60 Jahre), am meisten in ihrer natürlichen Umwelt durchgeführt werden. Dazu gehören ein Schnelllauf, Sprung, das Überwinden von Widerstand, verschiedene Beweglichkeitsaufgaben und eine andauernde Lokomotion. Ein niedriger Abhängigkeitsgrad der jeweiligen motorischen Äußerung von früherer Bewegungserfahrung spielte bei dem Entwurf des Unifittests auch eine Rolle. Die einzelnen Testaufgaben sind nicht innovativ, sie finden Inspiration in den Fitnesstest, die auch international durchgeführt werden (z.B. Eurofit for adults, vgl. Bös, 2003, 88). Die Auswahl einer gemeinsamen Testbatterie für das breite Altersspektrum ermöglicht jedoch, verschiedene Vergleichstypen und –analysen der Ergebnisse durchzuführen (vgl. Měkota und Kovář, 1996, 8).

Unifittest stellt eine heterogene Testbatterie dar, die aus vier motorischen Testaufgaben und 3 anthropometrischen Messungen besteht. Tabelle 6 zeigt die einzelnen Basisbewegungsaufgaben.



Tab. 6.: *Basisbewegungsaufgaben gemeinsam für alle Altersgruppen*

Testbezeichnung	Fähigkeitsbereich	Messung
<b>Standweitsprung</b>	Schnellkraft der Beinmuskulatur	Distanz in cm (1cm), der beste Wert aus 3 Wertungsdurchgängen
<b>Sit-ups mit fixierten Beinen</b>	Kraftausdauer der Hüft- und Rumpfbeugemuskulatur	Wiederholungen in 60 Sekunden
<b>Cooper Test (Ausdauerlauf)*</b>	Aerobe Ausdauerfähigkeit	Die Strecke (in 10 m), die in 12Minuten gelaufen wurde

*\*Dieser Test hat noch zwei Alternativen und zwar:*

- a) Ausdauer Wendellauf – in einer gegebenen Schnelligkeit möglichst lange Strecke laufen (Zeit in 0,5 Min).*
- b) 2 Kilometer Gehen – in einer möglichst kurzen Zeit 2 Kilometer gehen (Zeit in Min).*

Aus diesen drei Alternativen wählt man nur eine.

Tabelle 7 zeigt die Bewegungsaufgaben, die nach der jeweiligen Altersgruppe durchzuführen sind:

Tab. 7: *Bewegungsaufgabe nach der Altersgruppe*

Testbezeichnung	Altersgruppe	Fähigkeitsbereich	Messung
<b>Pendellauf (4x10 Meter)</b>	6-14 Jahre	Aktionsschnelligkeit	Zeit in 0,1s
<b>Klimmzüge*</b>	15-25/30 Jahre	Kraftausdauer der Arm- und Schultermuskulatur	Wiederholungen
<b>Sit-and-Reach-Test</b>	> 25/30 Jahre	Beweglichkeit der Wirbelsäule, Dehnfähigkeit der Rumpf- und Beinmuskulatur	Distanz in 1cm

*\*Alternative für Frauen: Klimmzughang mit der gemessenen Haltezeit.*

In der Tabelle 8 werden die drei anthropometrischen Messungen für alle Altersgruppen angezeigt:

Tab. 8: *Somatische Messungen*

Somatische Kategorie	Messungsablauf	Messungsgröße
<b>Körpergröße</b>	Standardablauf	Größe in 0,5cm
<b>Körpergewicht</b>	Standardablauf	Gewicht in 0,1Kg
<b>Fett subkutan</b>	Hautfaltenmessung an drei Körperstellen	Summe in 0,1mm

Dieser Test verfügt über einen hohen Standardisierungsgrad mit einer Reliabilität 0.80-0.94, und bis 0.996 bei anthropometrischen Messungen (vgl. Bös, 2003, 86). Měkota und Kovář (1996, 16) führen als Ursache für solche Werte nicht den Fehler der Messgeräte, bzw. des Untersuchers, sondern die Unfähigkeit des Probanden, die gleiche Leistung bei einer wiederholten Messung zu reproduzieren. Die kriterienbezogenen Validitäten, also Validitätskoeffizient beträgt 0.50 – 0.82, und die Korrelationen zwischen den einzelnen Tests betragen 0.60 – 0.70. Die Korrelation der Testergebnisse mit den Ergebnissen der anthropometrischen Messungen zeigen auf, dass die Testergebnisse nur wenig durch die somatischen Merkmale beeinflusst sind. Es erscheinen z.B. nur ein kleiner positiver Einfluss der Körpergröße auf die Sprungweite, und ein kleiner negativer Einfluss eines großen Körpergewichts auf die Klimmzugleistung.

Als Auswertungsdesign für die gewonnenen Ergebnisse wird die alters- und geschlechtsspezifischen Normtabellen Population festgelegt. Dies ermöglicht sowohl eine einmalige Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit des Probanden, als auch eine durchgehende Kontrolle und Beobachtung im Rahmen der Entwicklungstendenzen in einem langfristigen Zeitraum (vgl. Měkota und Kovář, 1996, 40).

#### 8.4.1.3 Beobachtung

##### *Körperhaltungstest*

Auch wenn Muskeldysbalancen ein äußerst aktuelles Thema seit Jahrzehnten darstellt, treten die somatischen Beschwerden, die durch eine fehlerhafte Körperhaltung verursacht werden, in der Gesellschaft immer häufiger auf. Nicht nur die Erwachsenenpopulation setzt sich aufgrund des einseitigen oder überbelastenden Lebensstils mit einer schmerzhaften Symptomatik im Bereich der Wirbelsäule auseinander. Entweder einseitige sportliche und alltägliche (Arbeits-) Belastung oder Unterforderung des Bewegungsapparates drohen mit einem Verkümmern des Körpers einherzugehen. Außerdem vergrößert Bewegungsarmut die Distanz des Menschen zu seiner Natur, zu seinem Körpergefühl.

Gerade bei Schulkindern wurden die richtige, bzw. fehlerhafte Körperhaltung und die damit verbundenen muskulären Dysbalancen zu einem permanent aktuellen Thema. Es ist bekannt, dass sich während des ersten Schuljahres durch

die veränderten Ansprüche der Umgebung auch das Bewegungsschema der Kinder in dem Maße ändert, dass schon bei Erstklässlern Abweichungen in den Muskelfunktionen festzustellen sind. Eine flächendeckende Studie über den Stand der Körperhaltung der Kinder und Jugendlichen innerhalb des europäischen Raumes ist mir nicht bekannt. In den internationalen Literaturquellen erscheinen wissenschaftlich überprüfte Angaben über Beschwerden des Bewegungsapparates nur sporadisch. Jedoch führt Kratěnová et al. (2005, 1. Absatz) die Ergebnisse einer Metaanalyse vom Jahr 1999 an, die aufzeigen, dass fast 30% der Kinder im Alter zwischen 11 - 17 Jahren unter einer Haltungsstörung leiden, Rückenschmerzen etwa quälen 30 – 50% der Kinder und Heranwachsende. Welche literarischen Quellen dieser Metaanalyse unterzogen wurden, erwähnt Kratěnová et al. jedoch nicht. Bei einer Stichprobe der tschechischen Kinder erreichte Kratěnová et al. ähnliche Ergebnisse: 40% der untersuchten Schulkinder wiesen Haltungsschwächen auf. Sie stellte auch fest, dass Kinder mit einem höheren BMI weniger Haltungsschwächen aufwiesen, als Kinder mit normalem oder geringerem BMI. Als Erklärung dafür führt sie an, dass eine erhöhte Fettschicht zur Wirbelsäulestabilität wesentlich beitragen kann. Außerdem kann ein höherer Fettinhalt unter der Hautschicht auch die optischen Haltungsschwächenindikatoren besser verdecken oder verzeihen.

Bei Schulkindern zählen zu den häufigsten Haltungsstörungen eine fehlerhafte Position der Schulterblätter (gewölbt vor allem durch Abschwächung der Schultergürtelstabilisatoren und Verkürzung des großen Brustmuskels), eine vergrößerte Lendenlordose und ein so genannter Rundrücken. Kinder mit einer falschen Körperhaltung leiden unter anderem unter häufigen Kopf- Halswirbel- und Lendenwirbelschmerzen (vgl. Kratěnová et al., 2005, 6. Absatz). Sich entwickelndes Muskelungleichgewicht hat anfangs den Charakter einer funktionalen Störung, wo auch typische Veränderungen des Körperreliefs auftreten. Nicht behandelt kann dies mit der Zeit zu nichtphysiologischen strukturellen Veränderungen im weichen Gewebe (Sehnen, Knorpel, Muskeln) und im Knochen- Gelenkapparat führen. In Folge dieser Symptomatik kann nicht nur die Schulleistung, sondern die ganze Lebensqualität beeinträchtigt werden. Die Kombination der oben genannten, physiologischen Defizite, die in nicht ausreichenden Kenntnissen über die Rolle einer richtigen Körperhaltung im alltäglichen Leben

und einem ungenügenden Körpergefühl besteht, trägt wesentlich zu Abweichungen in der Körperhaltung von Kindern, Jugendlichen und letztendlich auch Erwachsenen bei. Eine fehlerhafte Körperhaltung im ersten Stadium, also in der Phase, in der die Funktionsstörungen erscheinen, kann man durch eine bewusste und regelmäßige Bewegungsaktivität beheben. Denn eine optimale Funktionsfähigkeit aller Stabilisationselemente der Wirbelsäule ist eine Grundvoraussetzung der gesamten Leistungsfähigkeit des Menschen (vgl. Kempf und Fischer, 1993).

Damit ein muskuläres Gleichgewicht bei den Kindern während ihrer Entwicklung festlegen, bzw. wiederhergestellt werden kann, muss ihnen ein ausreichender Freiraum zum Spielen und sich Bewegen gegeben sein. Deswegen greifen die innovativen pädagogischen Ziele im Rahmen der primären Prävention auch in diesen Bereich ein. In die Sprache der pädagogischen Praxis umgesetzt bedeutet dies, körperhaltungsspezifische Bewegungsaktivitäten im Unterricht und während der Pausen in einer kindergerechten Form einzusetzen. Warum ist dies für eine gesunde Entwicklung und eine stabile Gesundheitserhaltung bei Kindern so wichtig?

- Muskuläre Dysbalancen und deren Folgen

In diesem Abschnitt beschreibe ich die Muskeldysbalancen und deren Folgen aus der Sicht der funktionalen Störung, in der präventive Maßnahmen auch im Rahmen pädagogischer Bemühungen sinnvoll sind. Ich widme hier der fixierten pathologischen Störung des Bewegungsapparates nur geringe Aufmerksamkeit. Die Haltung/Körperhaltung ist von mehreren Faktoren beeinflusst. Neben leistungsorientierten sportlichen Aktivitäten, durch die eine Überbelastung des Bewegungsapparates verursacht werden kann, können es ,auf die Schüler und Schülerinnen in ihrem Alltag bezogen, neben angeborenen pathologischen Prädispositionen (z.B. Erkrankungen des passiven und aktiven Bewegungsapparates) folgenden Faktoren sein:

- Bewegungsmangel;
- einseitige Sitzbelastung (in der Schule, am PC zu Hause, vor dem Fernseher);
- körperungerechte Sitzmöbel;

- psychische Belastung (andauernde Ansprüche auf die Konzentration, unausgeglichenes familiäres Umfeld).

Schlechte Haltungsmuster der Kinder und Jugendlichen mit vermehrtem Sitzen und einseitiger körperlichen Belastung bis zur Überbelastung, stören das Kraft- und Elastizitätsgleichgewicht der Muskulatur. Es entsteht ein Ungleichgewicht im passiven und aktiven Bewegungsapparat, was sich als eine Störung des Funktionsgleichgewichts der Muskulatur darstellt. Der Muskeltonus, die Gelenkflexibilität werden dadurch negativ beeinflusst. Solche Veränderungen äußern sich dann an einer übermäßigen Verkürzung von Posturalmuskulatur und einer Abschwächung von phasischer Muskulatur. Das muskuläre Ungleichgewicht beeinflusst wiederum negativ die Bewegungs- und Haltungstereotypen, die neuromuskuläre Koordination, und damit die gesamte Körperhaltung des Menschen. Freiwald et.al. (1999) nennen dieses Ungleichgewicht *neuromuskuläre Dysbalancen*. Die unphysiologischen Erscheinungsformen sind dann häufig gut zu beobachten: nach vorne gekipptes Becken, Vorbeugung des Bauches, Hohlkreuzbildung und Rundrückenbildung mit nach vorne geschobenem Hals sowie überstreckten Kopfgelenken. Die Muskeln verkürzen sich und verkümmern, durch mangelnde Durchblutung bilden sich Myogelosen aus, die Gelenkknorpel, Sehnen und Bänder degenerieren. Durch solche Haltungstörungen können schwerwiegende Erkrankungen des Bewegungsapparates resultieren (vgl. Steinacker, 8. Absatz).

Unter dem Aspekt Funktion und Morphologie wird die Skelettmuskulatur in zwei Gruppen geteilt, also posturale und phasische Muskeln (vgl. Tab. 9).

Tab. 9: *Aufteilung der Muskulatur bezüglich Muskeldysbalancen (nach Kopřivová, 1995).*

<b>Muskelmerkmale</b>	<b>Tonische (posturale) Muskeln</b>	<b>phasische Muskeln</b>
Funktion	vorwiegend haltend	vorwiegend bewegend
Ermüdbarkeit	langsamer	schneller
Reaktion auf Überbelastung	Tonuserhöhung und somit Verkürzung	senken des Muskeltonus und somit Abschwächung
Gegenseitige Einflüsse	Ein verkürzter Muskel hemmt reflektorisch seine physischen Antagonisten.	Abgeschwächte physische Muskeln sind wegen dieser reflektorischen Hemmung nicht optimal trainierbar.

Auf die oben beschriebenen zwei Muskelgruppen möchte ich im Folgenden noch detaillierter eingehen:

- zu den zur Verkürzung neigenden (posturalen) Muskeln gehören die Flexoren, wie M. triceps surae, die ischiocrurale Muskelgruppe, Hüftlendenmuskel, M. rectus femoris (Teil des vierköpfigen Schenkelstreckers), Spanner der Oberschenkelbinde, die Hüftadduktoren, der Hüftaußenrotator, die Wirbelsäulenstrecker, die Schultergürtelheber mit dem oberen Teil des Kappenmuskels, sowie M. levator scapulae und Kopfheber, weiterhin großer Brustmuskel und quadratus lumborum.
- Zu den zur Abschwächung neigenden (phasischen) Muskeln gehören die Fußheber - vorderer Schienbeinmuskel, die Kniestrecker (der Rest vom vierköpfigen Schenkelstrecker), Hüftstrecker, Bauchmuskeln, untere Schulterblattstabilisatoren, oberflächliche und tiefe Halsbeuger, großer Brustmuskel mit seiner unteren Portion (vgl. Steinacker, #wirbelsäule.htm, 3. Absatz).

Muskuläre Dysbalancen entstehen insbesondere dadurch, dass die verkürzte posturale Muskulatur die phasischen Antagonisten inhibiert. Die phasischen Muskeln werden dadurch abgeschwächt und so kann eine Gelenkfehlstellung entstehen. Schon geringere Gelenkfehlstellungen aktivieren die posturale Muskulatur zur Verkürzung und schwächen die antagonistische Muskelgruppe ab. Die mitarbeitenden Muskeln (Synergisten) werden vermehrt für den abgeschwächten Muskel eingesetzt und dies verstärkt den fehlerhaften Bewegungs- und Haltungstyp (vgl. z.B. Kopřivová, 1995; Steinacker, 5. Absatz).

Zu den häufigsten fehlerhaften Haltungstereotypen gehören: Hyperlordose (Hohlrücken), Hyperkyphose (Runderrücken), Skoliose (seitliche Abweichung der Wirbelsäule), Flachrücken (vgl. z.B. Kopřivová, 1995, Paul et al., 1996; Ludwik und Schmitt, 2006 # Neurokybernetik der Körperhaltung, S. 8). Diese Haltungsschwächen können miteinander kombiniert werden und zeichnen sich

durch verschiedene Indikatoren. Welche dazu gehören führe ich in der Beschreibung des durchgeführten Körperhaltungstests an.

Als standardisiertes Verfahren wurde dieser Körperhaltungstest (KhT<sup>24</sup>) einmal im Schuljahr eingeplant. Das eigene Formular ist eine modifizierte Version von Kopřivová (1995). Dabei geht es um eine qualitative Beobachtung. Auf vier Bildern wird der menschliche Körper in verschiedenen Positionen graphisch aufgezeichnet, die den vier Beobachtungs- und Beurteilungskriterien der gesunden/ungesunden Körperhaltung entsprechen (vgl. Anhang VI.). Es werden folgende Indikatoren bewertet:

Aus der Dorsalebene:

- Schulterposition,
- Wirbelsäuleabweichung,
- Schulterblätterposition,
- Hüftenposition beim Einbeinstand,

Vom Profil:

- Schulter – Schulterblätterposition,
- Lendenlordose,
- Bauchmuskelstand,
- Rückenbogen,
- Abweichungen von der Senkrechte (Vertikale) im C-Wirbelsäulebereich und in L-Wirbelsäulebereich.

Es geht nicht um ein anonymes Verfahren. In jedem Formular werden auch die demographischen Daten des Schülers angegeben (Name, Schule, Klasse, Körpergröße, Körpergewicht, BMI, bzw. Sportart, die das Kind regelmäßig betreibt). Dies ermöglicht die Beobachtung von individuellen Veränderungen über längeren Zeitraum.

---

<sup>24</sup> Screening držení těla – screening der Körperhaltung nach Kopřivová (übersetzt von Autorin)

### *Hospitationen*

Als ergänzendes Verfahren, das die Erkenntnisvertiefung über die gesamte Stichprobe und den untersuchten Faktoren sichern sollte, wurden noch zahlreiche Beobachtungen während der Gesundheitswochen und in den Konsolidierungsphasen im Unterricht durchgeführt. Mit der Feldbeobachtung sollten tatsächliche Verhaltensdaten gesammelt werden, weil diese von bedeutend weniger Störfaktoren beeinflusst werden als bei einer Befragung (vgl. Mahlitz, 2002, S. 107).

Auch wenn die Beobachtungskriterien an die Beobachtungskriterien der Konsolidierungsphasen angelehnt wurden, konnte das Verfahren während der Gesundheitswochen nur teilweise strukturiert durchgeführt werden. Sehr gut konnte während der Gesundheitswochen eine Beobachtung mit einem niedrigen Systematisierungsgrad durchgeführt werden. Dabei wurden Ereignisse und Situationen notiert, die ich für die Fragestellung des Projektes für relevant gehalten habe.

Die Beobachtungen im Unterricht waren zuerst narrativ gestaltet, ohne feste Struktur, um festzustellen, welche Ereignisse das Klassenklima charakterisieren und welche später als relevante Elemente für die Fragestellung miteinbezogen werden könnten.

Später hat sich eine Liste der wichtigsten Beobachtungspunkte daraus entwickelt, die von mir eingelöst wurden. Alle Wahrnehmungen, Beobachtungen und Informationen wurden in einem Hospitationsbuch notiert. Die Durchführung der Hospitationen während der Konsolidierungsphase war auf mindestens eine in der Woche festgelegt, was aber aufgrund verschiedener Störfaktoren (Grippeepidemie, spontane Schulveranstaltungen, Gesundheitszustand des Beobachters) nicht immer eingehalten werden konnte. Ähnlich, wie bei den deutschen Gesundheitswochen war der Sinn der Verhaltensbeobachtungen, bezüglich Kinder als auch Lehrpersonen, die praktische Umsetzung der gesundheitsorientierten Intervention zu protokollieren.

Neben den strukturierten Beobachtungskriterien habe ich auch die Ereignisse notiert, die ich in Bezug auf die Fragestellung und auch auf die Interpretation der Ergebnisse für interessant gehalten habe (vgl. Kap. 10.2.4). Ich, in der Rolle des Beobachters, habe je nach der Feldrealität entweder eine teilnehmende



---

oder nicht- teilnehmende Beobachtung durchgeführt, um die Störfaktoreinfluss zu minimieren. Am meisten verhielt ich mich als Beobachter passiv.

## **9 Durchführung der Evaluation des Projektes „Gesundheitswochen“**

Ähnlich wie Lames (1996, S. 125) in seiner Arbeit schildert, ging es auch bei den Gesundheitswochen darum, die Evaluation des Projektes an seine Ziele und Umstände anzupassen. Bezugnehmend auf Aussagen von Rossi und Freeman (1985) spricht Lames von einer „tailored evaluation“. Danach werden zuerst die Rahmenbedingungen, dann das Konzept und schließlich die Methodik der Datenerhebung beschrieben.

### **9.1 Die Rahmenbedingungen der Evaluation**

#### *9.1.1 Finanzielle Förderung*

So ein aufwändiges Vorgehen wie eine gesundheitsorientierte Intervention mit begleitender Evaluation im Bereich der Grundschule, braucht eine optimale finanzielle Unterstützung. Unter „optimaler finanzieller Unterstützung“ ist hier gemeint, so viele finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen, dass ein reibungsloser Ablauf der verschiedensten Interventions- und Evaluationsmaßnahmen gewährleistet ist. Für die gesamte Evaluation der „Gesundheitswochen“ konnte nur eine eingeschränkte finanzielle Förderung bewilligt werden. Diese Förderung bestand in dem Zuschuss für Forschungsprojekte der Pädagogischen Fakultät der Masaryk-Universität Brno, die jedes Jahr innerhalb eines Innenwettbewerbes beantragt wurden. Außerdem wurden über Sponsoren immer wieder Materialien zur Durchführung des Projektes beschafft (vgl. auch Mahlitz, 2002, S. 85), was dann auch das organisatorisch-methodologische Vorgehen der Evaluationsmaßnahmen beeinflusste. Was die Betreuung und Kontrolle der angebotenen Tätigkeiten und Kurse im Rahmen der einzelnen Gesundheitswochen anbelangt, konnte nur teilweise ein Fachpersonal gestellt werden, das im Wesentlichen aus Dozenten der Masaryk- Universität Brno bestand. Ihre Teilnahme an der Realisierung der einzelnen Gesundheitswochen war aber nicht kontinuierlich, sondern wurde eher als eine Art ehrenamtlicher Aushilfe angesehen. Als eine ökonomisch günstige Alternative für die fachliche Betreuung hat sich aber der Einsatz von Studierenden der höheren Semester erwiesen.

Für jede Gesundheitswoche hat sich das Helferteam geändert. Mit den sich ändernden Realisierungsbedingungen (ein immer größerer Anteil der Lehrpersonen an der organisatorisch-inhaltlichen Ebene) hat sich auch das Spektrum der „Fachlichkeit“ verschoben, indem die Lehrpersonen immer mehr als autonome Fachkräfte für das Programm der Gesundheitswochen hineinwuchsen. Allgemein kann man sagen, dass eine immer ausreichende Zahl von fachlichen oder quasifachlichen Helfpersonen gesichert war.

Ähnlich eingeschränkt gestalteten sich, auf Grund der sparsamen ökonomischen Maßnahmen, die durchgeführten Untersuchungen. Wissenschaftlich ausgerichtete Forschungsmethoden und Techniken konnten aufgrund der eingeschränkten ökonomischen Situation nicht immer einen optimalen Grad der Minimalisierung von Störfaktoren garantieren und den Anforderungen der standardisierten Untersuchungsbedingungen genügen. Andere Techniken der Datensammlung wurden an diese Situation angepasst und dann wurden eben Wege gewählt, die die Kosten der Evaluationsmaßnahmen sehr gering hielten. Dies bedeutet, dass z.B. für die Durchführung der Fragebogenuntersuchungen die Lehrerinnen oder andere Personen (Studenten) hergenommen wurden. Diese Vorgehensweise hatte natürlich einen Einfluss auf die Validität der erworbenen Daten. Die erste Rahmenbedingung – die finanzielle Förderung – ist also maßgebend für den gesamten Ablauf und die Ergebnisse der Evaluation.

### *9.1.2 Teilnahme*

Die zweite Rahmenbedingung der Evaluation war die Auswahl der Stichprobe, also Teilnahme an dem Projekt.

Wie ich schon im Kapitel 7.3.2 angedeutet habe, war die Teilnahme der Kindern und anderen beteiligten Personen (Lehrerinnen und geplante Hilfspersonen) im Unterricht gesichert. Für das Nachmittagsprogramm der Gesundheitswochen und für manche Untersuchungen während der Konsolidierungsphase allerdings, musste positiv motivierend geworben werden, indem die Bedeutung eines attraktiven Sport- und Bewegungsangebots den Teilnehmern vor Augen gestellt wurde (vgl. Kap. 7.4.2).

Eine anfangs auftauchende problematische Situation zeigte sich bei der Teilnahme der Eltern. Um die Eltern zur Teilnahme zu motivieren und ihnen Ein-

blick in das Projekt zu geben, wurden spezielle Elternabende veranstaltet. Dabei sollte die Notwendigkeit einer Gesundheitsförderung begründet werden. Dies sollte erreicht werden, indem Beispiele allgemeiner, projekttheoretischer wissenschaftlicher Daten, vor allem aber auch von Daten, die in der Grundschule Brumovice gesammelt wurden, präsentiert und diskutiert wurden. Weil es in dieser Evaluation um eine langfristige Studie geht, mussten in Betracht auch die gesellschafts-politischen und demographischen Veränderungen ins Auge gefasst werden (vgl. Kap. 10.1.2).

### *9.1.3 Stakeholderanalyse*

Die Stakeholderanalyse für das Projekt „Gesundheitswochen“ kann deutlicher bestimmte Kausalitäten erklären. In die Bezeichnung stakeholder schließe ich nicht nur die „Investoren“ ein, sondern alle Personen, die an den verschiedenen Entscheidungen bei der Organisation und Durchführung des Projektes beteiligt waren, handle es um Entscheidungen in der Anfangs- oder der fortgeschrittenen Phase der „Gesundheitswochen“.

Die wichtigsten Interessenten an der Realisierung der „Gesundheitswochen“ waren die Pädagogische Fakultät der MU Brno und die damalige Direktorin der Grundschule Brumovice. Nach gemeinsamer Absprache haben sich beide Seiten geeinigt, das innovative Projekt in der Grundschule Brumovice zu evaluieren. Zu diesem Zeitpunkt wurde das Pädagogenkollegium der Grundschule nur sehr oberflächlich über das kommende Vorhaben informiert. Die Pädagogische Fakultät hat dann auch als erster und eigentlich auch als Hauptinvestor im Rahmen der Fakultätszuschusses für Forschungsarbeiten grundlegende finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt, die allerdings beschränkt waren. Diese finanzielle „Injektion“ war aber nicht dazu gedacht, einen optimalen Ablauf der Realisierung zu gewährleisten, sondern diente dazu, überhaupt einmal über irgendwelche Finanzen zu verfügen. Diese einschränkende Bedingung hat die gesamte Evaluation des Projektes begleitet.

Nach der Pilotphase des Projektes wurde die Teilnahme an der Projektleitung, bzw. Projektdurchführung *allmählich* an das Lehrerinnenkollegium übergeben. Die Stelle der Direktorin der Grundschule wurde zweimal neu besetzt, wobei die letzte Direktorin die Leitungsfunktion des Projektes ganz übernahm. So haben,

angelehnt an das ursprüngliche Vorhaben der Projektorganisation in Deutschland, die leitenden Personen des Projektes gewechselt.

Das Realisierungsteam der Pädagogischen Fakultät bekam auch nach der Pilotphase eine neue Leitungsperson, die diese Rolle bis zu letzten Gesundheitswoche ausgefüllt hat.

Ein anderer Stakeholder, der nach außen hin keine bedeutsame Rolle spielte, war der Vorstand der Dorfgemeinschaft. Für die Projektteilnehmer waren nämlich sämtliche Entscheidungen, die der Vorstand der Dorfgemeinschaft getroffen hat, von Bedeutung. Da ging es etwa um die Autonomie der Schule oder um die Benutzung/Belegung der Gemeinschaftsturnhalle und in der Endphase des Projektes auch um die Tatsache, ob die Dorfgrundschule wegen niedrigen Zahl neuer Schüler und Schülerinnen geschlossen wird.

#### *9.1.4 Organisation vor Ort*

Die Organisation vor Ort (vgl. Ilg und Knappe, 1999; Mahlitz, 2002; Lames, 1996, S. 126) bildet eine weitere Rahmenbedingung, die sich erstens aus den beiden oben genannten Faktoren und zweitens aus der ursprünglichen Konzeption der Greifswalder Gesundheitswochen ergab. Im Gegensatz zu den Greifswalder Gesundheitswochen, bei denen die Rolle der Lehrer als Managern des Projektes von Anfang an bestimmt und auch durchgeführt wurde, kam es in den tschechischen Gesundheitswochen aufgrund der Übersetzungsnotwendigkeit und der Suche tschechischer Äquivalenten zu den deutschen Unterlagen, zu gewissen Verzögerungen. Und so konnte auch hier nicht in dem gesamten Evaluationszeitrahmen ein minimaler Einfluss von „außen“ eingehalten werden. Am Anfang der Realisierung des Projektes lief die Organisation überwiegend von außen (Universität). Während der Evaluation (man rechne dazu sowohl Realisierung als auch Konsolidierungsphasen) bildeten sich die Lehrerinnen in angebotenen Kursen, in gemeinsamen Besprechungen oder dazu bestimmten Tagungen weiter. Dieser Prozess war für die Durchführung des Projektes sehr wichtig. Deshalb konnte dann das Programm allmählich überwiegend vor Ort organisiert und die organisatorische Struktur mehr dem ursprünglichen Konzept des Projektes angeglichen werden.

Die *Übersetzungen* der deutschen Unterlagen und Materialien bildeten die vierte Rahmenbedingung. Auch hier konnte keine externe Fachperson voll eingesetzt werden. Und so wurden die Übersetzungsarbeiten von Leitern des Projektes und auch von Sprachstudenten mit begleitender Konsultation von Sprachexperten durchgeführt.

## 9.2 Das Konzept der Evaluation

An dieser Stelle möchte ich kurz gefasst die Situation der tschechischen „Evaluationsszene“ schildern, um ein komplexeres Verständnis von gesellschaftspolitischen Veränderungen und deren Konsequenzen zu schaffen.

Strategische Dokumente und Realisationsdokumente des tschechischen Schulbildungssystems, angefangen vom Weißen Buch (s. Kap. 8), über verschiedene langfristige Forschungsprojekte auf der Bezirks- bis nationalen Ebene, bis hin zu den Systemprojekten „Kvalita I a Kvalita II“<sup>25</sup>, beinhalten alle Anforderungen für eine Selbstevaluation, wie die Schulen ihre Arbeitsziele erfüllen. In der Tschechischen Republik wurden diese Anforderungen für die Selbstbewertung zu einem festen Teil des Schulgesetzes und den Vorschriften, die die Arbeit der Schuleinrichtungen normieren. Vašátková und Prášilová (2006, S. 1) führen allerdings an, dass dieses Vorgehen in den tschechischen Schulen nicht ausreichend legitimiert und routiniert wird. Die Qualität der Evaluationsberichte zeichnet sich eher durch eine Beschreibung von dem, was in den Zielen der Bildungspolitik und der Bildungsprogramme steht aus, und durch die Beschreibung von dem, was in den Schulen tatsächlich durchgeführt wird. Für die Evaluationsmaßnahmen<sup>26</sup> wird ein breites Spektrum von Evaluationsinstrumenten benutzt, wie etwa schriftliche Statements, Diskussionsprotokolle und Befra-

---

<sup>25</sup> Kvalita I / Kvalita II – Qualität I / Qualität II (übersetzt von Autorin)

<sup>26</sup> Es wird aus einem Forschungsbericht ausgegangen, indem es um keine vollflächige Analyse der Situation in den tschechischen Schulen geht, es werden hier nur zugängliche Datenquellen erwähnt.

gungsverfahren, Hospitationen, soziometrische Untersuchungen, Videoanalysen, Analyse von regionalen und örtlichen Massenmedien und andere.

Vašátková und Prášilová (2006, S. 1) zeigen kritisch auf die Bewertung von der System- und Prozessqualität in den schulpädagogischen Evaluationsmaßnahmen. Beide Autorinnen führen an, dass die meisten Evaluationsmaßnahmen im schulpädagogischen Bereich in der Tschechischen Republik oftmals eine Form von isolierten und schlagartigen Teilschritten aufweisen. Es geht also nicht um komplexere Evaluationsmodelle, die über eine entsprechende Aussagekraft verfügen. Etwas anders ist die Situation im Bereich der Gesundheitsförderung in den Schulen. Eine komplexe Methodik benutzen die Schulen, die zum Netz von gesundheitsfördernden Schulen gehören. Als ein bedeutsames Beispiel, das zugleich auch das erste komplexe Evaluationskonzept auf dem Feld der Gesundheitsförderung in der Tschechischen Republik nach der politischen Wende darstellt, ist das *„Programm der Gesundheitsförderung in der Schule – Gesunde Schule“* (Havlíková et al., 1998).

Zusammenfassend bleibt es mir zu der Charakteristik des gesamten Evaluationsprozess im tschechischen schulpädagogischen Umfeld zu sagen, dass es durch eine undeutliche Auffassung und unkonsequente Verankerung solcher Maßnahmen im tschechischen Schulsystem gekennzeichnet ist. Wie auch Vašátková und Prášilová (2006, S. 7) anführen, ist es sinnvoll für die Qualitätsverbesserung der Evaluationsmaßnahmen

„(...) internationalen Erfahrungen wahrzunehmen und zu integrieren im Sinne der Gestaltung von einem unterstützenden Umfeld für die Arbeit „eines kritischen Freundes“ (Vašátková, 2005), der Gestaltung von einem Netz der kooperierenden Schulen (z.B. Österreich), der Einführung von Systemzutritte und Systemmaßnahmen (z.B. Ungarn), der Sicherstellung von Externagenten als Helfer für die Schulen (z.B. Belgien), der Gewährleistung von der Anknüpfung der externen und internen Evaluation in den Schulen (Schottland) u.a.“

Einen hohen Stellenwert von den beiden Qualitätsbereiche der System-, inkl. Strukturqualität und der Prozessqualität vor allem auf dem Feld der Gesundheitsförderung erörtert auch Lames (1996, S. 127). Das Evaluationskonzept,

mit dem er sich in seiner Arbeit beschäftigt, scheint mir sehr klar dargestellt zu werden, und deswegen nehme ich Bezug auf die Aufteilung, die Lames (1996, S. 127ff) zum Schildern der Projektkonzeption benutzt. Unter den oben genannten Kriterien galten also für die Evaluation des Projektes „Gesundheitswochen in der Grundschule“ folgende Grundsätze:

### *9.2.1 Die Bewahrung natürlicher Bedingungen*

Um die möglichst objektive Antwort auf die Wirksamkeit des Projektes wurde während des gesamten Projektzeitraums darauf Rücksicht genommen, die natürlichen Bedingungen (Umstände) zu bewahren oder zumindest im Auge kritisch und offen verfolgen die Situationen, die aus verschiedensten Gründen nicht als natürlich verlaufende zu bezeichnen waren (vgl. Lames, 1996, S. 127). Es war dennoch nicht immer möglich, die natürlichen Bedingungen zu sichern. Der Stand der Natürlichkeit innerhalb des Projektes „Gesundheitswochen in der Grundschule“ lässt sich folgend beschreiben:

Sehr wichtig ist, das *Verhalten* aller beteiligten Personen, vor allem den Probanden (Kinder, Lehrer, Eltern) differenziert zu beurteilen. Hauptsächlich Verhalten der Kinder und Lehrer während der Interventionen im Unterricht und am Anfang des Projektes ist kaum als natürlich zu qualifizieren, da es überwiegend von externen Instruktionen geleitet wurde. Ähnliches gilt bei der Durchführung von den motorischen Tests und den Fragebogenuntersuchungen, auch wenn es hier um Feststellungen von aktuellen, spontanen Meinungen und Befindlichkeiten ging. Weiter ist es wichtig, die Unterschiede zwischen den einzelnen Altersgruppen und deren Konsequenzen auf die Natürlichkeit des Verhaltens der Kinder wahrzunehmen.

Als natürlich kann man allerdings das Verhalten der Kinder in den freiwilligen Kursangeboten bezeichnen. Auch wenn sich in den Anfangsphasen des jeweiligen Kurses, bzw. der jeweiligen Gesundheitswoche Einfluss von externen Anweisungen auf das Verhalten der Kinder auswirkte, regelte sich, dank ihrem Bewegungsdrang diese Erscheinung wieder Richtung Natürlichkeit (vgl. Kap. 7.1). In der späteren Phase des Projektes, so zu sagen als sich das Projekt in der Dorfschule eingelebt hat, könnte man auch bei den Lehrerinnen und Eltern über ein natürliches Verhalten sprechen. Bei der Bewertung der Wirksamkeit



des Projektes auf das Handeln der beteiligten Personen ist es jedoch auch unvermeidlich mit der Eventualität des Hawthorne-Effekts, also die Tatsache, dass Veränderungen, die in der Umgebung (Schule, Familie, Peergroups, Arbeitsplatz) stattfinden, zu einer kurzzeitigen Verbesserung führen, oder des Effekts der sozialen Erwünschtheit zu rechnen (vgl. Drislane und Parkinson, 2. Absatz; Lames, 1996, S. 128; Roethlisberger und Dickson, 1964; Kieser, 1993; Bortz und Döring, 1995; Jones und Davis, 1965). Und zwar vor allem dann, wenn sie sich bewusst sind, dass sie beobachtet oder untersucht werden. Es ist also das Wissen, die Informiertheit, der Teilnehmer, dass sich in diesem Sinne prägen kann.

Bei der Durchführung des Projektes, also Treatment und seine Natürlichkeit, müssen auch unterschiedliche Perspektiven berücksichtigt werden. Einerseits geht es um im Voraus geplante Konzeption, die durch Interventions- und Evaluationsmaßnahmen implementiert und kontrolliert wird. Dies prägt sich allerdings im gewissen Maße auch auf die Teilnehmer. Gewisser Maße deswegen, dass nach gewisser „Domestizierung“ der Gesundheitswochen in der Grundschule wird auch das Projekt als ein herkömmliches Teil des Schuljahrablaufes angenommen.

Weil es um eine Evaluation in schulischen Bedingungen ging, war es vorauszusetzen, dass die Bedingungen des Settings als natürlich zu charakterisieren waren. Die Gründe dafür liegen in der Tatsache, dass das Projekt in der natürlichen Umgebung der Schule organisiert wurde, das das Schulpersonal daran teilgenommen hat. Diskutabel bleibt immerhin die Anfangsphase des Projektes, wo im Rahmen der Organisation das eigene Schulpersonal unter Aufsicht von ursprünglichen Projekt-Teammitgliedern stand. Weiter kann man die Natürlichkeit des Settings wegen der Auswahl der Stichprobe diskutieren, die nicht auf zufälliger Art und Weise gewählt worden ist.

### *9.2.2 Einsetzen von formativen Evaluationsmaßnahmen*

Ähnlich, wie der Prozess der Qualitätssicherung im Bereich der bewegungsorientierter Gesundheitsförderung (vgl. Mahlitz, 2002) wurde die Bewertung des Projektes mit dem Einsatz der formativen Evaluation durchgeführt. Von manchen Autoren (Bengel und Koch, 1988) wird zwar die Präzision der Erfassung

von Programmwirkungen und dem Prozess der formativen Evaluation in Diskussion gestellt. Angelehnt an die realen Ziele, Bedingungen und Möglichkeiten im Rahmen der Gesundheitsförderung in der Schule, wiesen sich allerdings formative Evaluationsmaßnahmen für das Projekt „Gesundheitswochen in der Grundschule“ als passend auf.

Die Evaluation des Projektes wurde für vier Jahre geplant, indem die realisierten Gesundheitswochen mit den jeweiligen Phasen (Vorbereitungsphase, Durchführungsphase und Konsolidierungsphase) thematisch getrennte Meilensteine darstellten. Aus der Sicht der formativen Evaluation geht es um einen Komplex von nachfolgenden Teilen, die in sich die Maßnahmen im Sinne einer formativen Evaluation berücksichtigen (dazu vgl. auch Lames, 1996, S. 128). Der erste Teil des Projektes – die Pilotphase – diente der Sicherung des organisatorischen Ablaufs und der Durchführbarkeit des Projektes in den Bedingungen der tschechischen Grundschule. Die Maßnahmen, die im Sinne der formativen Evaluation in Bezug zu der Pilotphase, werden in den entsprechenden Teilen dieser Arbeit aufgezeichnet.

### *9.2.3 Die Fragestellung und die Ausrichtung der Evaluation*

Der Gesundheitsbegriff mit seiner Variabilität und Mehrdimensionalität, und die Tatsache, dass es sich um eine neue Interventionsmaßnahme handelt, sind die Ursache für ein breites Spektrum von Fragestellung zur Wirksamkeit des Projektes „Gesundheitswochen in der Grundschule“.

Und so betreffen in der ersten Reihe die Fragestellung und daraus fließende Evaluationsmaßnahmen die *Realisierbarkeit* und die *Angemessenheit* des Projektes. Die Konzeption und ihre *Wirksamkeit*, die auf den Begriffen Gesundheit und Gesundheitsförderung durch Bewegung basiert, lassen sich dank der breiten Aufgabenausrichtung im Bereich der sozialen, körperlichen und psychischen Sphäre durch mehrere Aspekte charakterisieren. Ein weiteres Element, der bedeutsam die Wirksamkeit des Projektes beeinflusst ist die Bestimmung der Kosten-Nutzen-Relation.

Im Endeffekt hat die Stellung von möglichst umfassenden Fragen- und Aufgabenbereiche der Evaluation zu Folge, dass die Wirksamkeit des Projektes mehr

durch oberflächige Beschreibung als ein Kompromiss zwischen einer speziellen Erfassung und einer breiten Erfassung nachgewiesen werden kann.

#### *9.2.4 Das Konzept der Wirksamkeitsanalyse*

Lames (1996, S. 57 und S. 129ff) diskutiert die Indikatoren eines experimentellen oder nicht-experimentellen Vorgehens. Auch in dem Falle der Gesundheitswochen geht es darum, möglichst solche Evaluationskriterien und Methoden zu wählen, die möglichst optimal die Wirksamkeit des Projektes erfassen können. Evaluation des Projektes „Gesundheitswochen in der Grundschule“ wird als Einzelfallanalyse gestaltet. Ein nicht-experimentelles Vorgehen bei diesem Projekt ist also viel besser angebracht als ein randomisiertes Experiment. Neben anderem unterzeichnen auch folgende Gründe diese Tatsache:

- Es geht vor allem um eine explorative Studie.
- Es wird ein breites Feld von Fragestellungen in die Interesse über die Wirksamkeit des Projektes eingeschlossen, und es wird innerhalb der Wirkungsanalyse nicht nur auf spezifische Auswirkungsindikatoren fokussiert, sondern auf die gesamte Ressourcenstärkung, die durch Bewegung geschehen kann. Es werden also viele Projektvariable untersucht.
- Als eine innovative Interventionsmaßnahme hat das Projekt einen dynamischen Charakter.
- Wir wollen das Untersuchungsfeld – die Schule und die Implementierung des Projektes - in seiner natürlichen „Form“ sehen. Rein experimentelle Bedingungen wären für diese Absicht nicht so gut geeignet.
- Bei der Beurteilung der Projektwirkungen geht es darum, die Bedeutung des ganzen Komplexes der „Erfahrung von Erlebnisqualitäten in der Bewegung“ aufzufassen, denn aus emotionaler oder sozialer Sicht kann sich z.B. auch die Interaktion des Kindes nicht nur innerhalb seiner sozialen Gruppe, sondern auch das Kontakt zu dem Bewegungsleiter, bzw. Pädagoge auf die Qualität der Bewegungserfahrung stark prägen, wobei Randomisierung nimmt keine Rücksichte auf solche soziale Prozesse.
- In einer Projektorganisation, die vor Ort stattfindet, ist es kaum realistisch ein randomisiertes Feldexperiment durchzuführen (vgl. Lames, 1996, S. 129f).

Ein weiterer Diskussionsbereich ist Fokus der Evaluation auf die Bruttoeffekte („gross outcome effects“ nach Rossi und Freeman, 1993), denn wie auch Lames (1996, S. 131) anführt:

„Beim gegenwärtigen Kenntnisstand kann nicht hinreichend unterschieden werden zwischen den Nettoeffekten („net outcomes“), die auf die Intervention zurückführbar sind, und denjenigen, die auf einige konventionell eher als „Störfaktoren“ bezeichnete Einflussgrößen zurückgehen.“

Zu diesen „Störfaktoren“, die aber zugleich im Rahmen einer sozialorientierten Intervention auch eine Zielkategorie darstellen, gehören die sozial-emotionalen Prozesse innerhalb der gesundheitsorientierten und den Bewegungstätigkeiten. Genau diese Kategorien sind experimentell schwierig erfassbar, da in die Bewertung/Beurteilung die ganze ökologische und soziale Umwelt des Individuums miteinbezogen wird (ebd.). Allerdings ist es die Erlebnisebene der Bewegungsaktivität und anderer gesundheitsorientierter Tätigkeiten im Projekt „Gesundheitswochen“, die als wichtige Kategorie für die eigene Ressourcenstärkung wahrgenommen wird (vgl. auch Kap. 7.1). Die psychosoziale Wirkung innerhalb der Bewegungsaktivität, bzw. des Sports auf den Gesundheitszustand des Menschen wird in der Literatur häufiger erwähnt (vgl. Lames, 1996, S. 131).

Anlehnend an die Evaluationsauffassung von Rossi und Freeman (1993) sind auch bei dieser Evaluationsstudie folgende Prinzipien zur Geltung gekommen:

- *Comprehensive („umfassende“) Evaluation* – bewertet neben der Wirksamkeit die gesamte Konzeption des Projektes, einschl. seine Implementation und Nützlichkeit.
- *Tailored („angepasste“) Evaluation* – die Fragestellungen, Methodenwahl sind angepasst an das Ort, die Phase und die Veränderungen der Durchführung und Organisation („Eingriffe, in den Routinenablauf durch Modifikationen und Innovationen).
- *„Good Enough – Rule“* – beabsichtigt die Auswahl von optimalem Arbeitsvorgehen, das die Rahmenbedingungen und die Realisierbarkeit berücksichtigt (vgl. Lames, 1996, S. 134).

### 9.3 Methodik der Datenerhebung

In diesem Kapitel wird der Untersuchungsverlauf (9.3.1) und die Struktur des Untersuchungsdesigns (9.3.2) illustriert, indem die jeweiligen Untersuchungsvorhaben der einzelnen Gesundheitswochen, einschl. der Pilotwoche im Rahmen einer „Zeitachse“ beschrieben werden. Die formative Evaluation und die Tatsache, dass das ganze Projekt als eine innovative (dynamische) Intervention zu charakterisieren ist, hatten den Einfluss auf die Untersuchungsplanung und Untersuchungsverlauf. Um eine verständliche Übersicht zu vermitteln, wird bei der Beschreibung des Untersuchungsplanes sowohl Bezug auf die Konzeption des Projektes genommen, die schon im Kapitel 6 dargestellt wurde, als auch auf die Tatsache, dass es sich um eine dynamische Interventionsmaßnahme handelt.

Weiterhin werden der Aspekt der Motivation von den beteiligten Personen (9.3.3) (Kinder, Lehrer, Eltern, bzw. Helfer) und die Vermeidung von Antworttendenzen im Sinne der sozialen Erwünschtheit geschildert (ebd.) (vgl. auch Lames, 1996, S. 134 zu diesem Vorgehen).

#### *9.3.1 Untersuchungsverlauf*

Die gesamte Projekt- und Untersuchungsplanung wurde, wie schon früher erwähnt, für einen vierjährigen Zeitraum vorgesehen, dass bedeutet jedes Schuljahr zwei Gesundheitswochen. Es wurde eine „grobe“ Planung entworfen, die, wie weiter zu sehen ist, im Sinne einer „angepassten“ Evaluation realisiert werden sollte (vgl. ebd.). Diesen heuristischen Ansatz, indem die Wahrheit durch explorative Forschung und deren Beschreibung entsteht, und in der der Forschungsprozess als „(...) Anpassung der Gedanken an die Tatsachen und aneinander“ zeichnet auch Kleining (1991, S. 14f) auf. Der folgende Abschnitt beschreibt den Rahmen der Untersuchungen, die eingeplant und tatsächlich durchgeführt worden sind.

Nach der Auswahl der für das Projekt „passenden“ Grundschule wurde im Juni 1999 die Voruntersuchung bei einer Stichprobe (alle fünf Klassen der Grundschule) von 77 Schülern und Schülerinnen der Grundschule Brumovice durchgeführt. Die Untersuchung hat zum ersten Mal den Bewegungsaktivitätsfragebogen (BAF) benutzt. Die Fragen in dem ursprünglichen Fragebogen stellten die

passive Erholungszeit, das Volumen der Bewegungsaktivität und die Art von Bewegungsaktivität der Kinder fest. Der Fragebogen wurde in zwei Teile gegliedert – in die Fragen für den Alltag und die Fragen für das Wochenende. Das Ziel der Voruntersuchung war es, erstens eine Ausgangsvorstellung über die Bewegungsaktivität der Kinder zu gewinnen, und zweitens Daten zu sammeln, die nicht in Zusammenhang mit der Gesundheitswoche gebracht werden konnten. Außerdem wurden auch die Ernährungsgewohnheiten der Kinder untersucht und die örtliche Bedingungen (Schulumgebung, Schulräumlichkeiten usw.) festgestellt. Anschließend haben die die Vorbereitungen für das erste Gesundheitswochethema angefangen (vgl. Tab. 10).

### 9.3.1.1 Verlauf der einzelnen Gesundheitswochen

Tab. 10: *Untersuchungsplan für die Pilotgesundheitswoche „Bewegung, Obst und Gemüse*

<b>Untersuchungen</b>	<b>vor der GW</b>	<b>während der GW</b>	<b>nach der GW</b>
<b>BAF</b>			
<b>TFSD</b>			
<b>KhT</b>			
<b>UT</b>			
<b>EF</b>			
<b>SMF</b>			
<b>LF I</b>			
<b>Hospitationen/ Beobachtung</b>			

#### *Pilotgesundheitswoche: „Bewegung, Obst und Gemüse“ (18. – 22. 10. 1999)*

Innerhalb der mittelfristigen Vorbereitungsphase wurde ein Realisierungsteam der Universität Brno zusammengestellt und das Thema der Gesundheitswoche gewählt. Es wurden Infoblätter über die kommende Gesundheitswoche an die Eltern der Kinder verschickt und die ganze Organisation der Pilotwoche (Rahmenprogramm mit seiner Zeitstruktur) wurde vorbereitet, allerdings noch nicht vor Ort.

Der Themenstoff wurde anders als bei den deutschen Gesundheitswochen gestaltet, und zwar auf einer explorativen Art und Weise. Die Studenten der Pädagogischen Fakultät der MU Brno, die für die Gesundheitswoche eingeschult worden sind, haben selbst in Übereinstimmung mit dem Rahmenprogramm der

Gesundheitswoche zu dem jeweiligen Thema didaktische Materialien vorbereitet, die sie dann selbst in dem Unterricht „überprüft“ haben. Es ging z.B. um themenbezogenen Bewegungspausen, themenbezogenes Lesen, Malen oder Gestalten (vgl. Kap. 7).

Während der ersten Gesundheitswoche wurden Untersuchungen durchgeführt, die die somatische Merkmale und die körperliche Leistungsfähigkeit der Kinder feststellten. Dazu wurde Körperhaltungstest (KhT) nach Kopřivová (1995) und das Unifittest (UT) (Měkota und Kovář, 1996), benutzt. Für das Programm der gesunden Ernährung wurde die Struktur der täglichen Nahrungsaufnahme der Kinder untersucht. Dazu wurde die Methode von 24Stunden Recall (vom Institut der Präventivmedizin der Medizinischen Fakultät MU Brno) benutzt. Diese Untersuchung führe ich mit der Absicht an, um die Ganzheitlichkeit des Forschungsvorhabens zu schildern. In dem Auswertungsteil dieses Kapitels wird das Ergebnis nur am Rande erwähnt. In der Tabelle 10 (oben) wird sie nicht angezeigt.

Neben den oben genannten Kriterien wurde auch die subjektive Befindlichkeit der Kinder festgestellt, und zwar nach der Pilotwoche. Zu diesen Feststellungen wurden der Ed-Fragebogen (EF) eingesetzt. Außerdem wurde der Test des farbigen semantischen Differenzials (TFSD) benutzt, um die Einstellung der Kinder zur Bewegungsaktivität zu erfassen. Dieses Messinstrument wurde im Rahmen der Evaluation nur einmalig eingesetzt und wird deshalb für die Überprüfung der Wirksamkeit des Projektes im Rahmen dieser Arbeit nicht als relevant angesehen.

Nach der Pilotgesundheitswoche wurden weitere Befragungen realisiert, und zwar Schüler/Schülerinnen- Meinungsfragebogen (SMF) und Lehrerfragebogen I (LF I). Beobachtungen im Unterricht und auch in der Wahlfreizeit in den Nachmittagsstunden wurden durchgeführt.

Nach der Durchführung der Pilotgesundheitswoche fand einjährige Pause statt, in der die erstgewonnenen Daten bearbeitet wurden und im Rahmen einer formativen Evaluation auch Maßnahmen unternommen worden sind, die laut der festgestellten Meinungen der an dem Projekt beteiligten Personen die Interesse einer Qualitätssicherung folgender Gesundheitswochen verfolgten. In diesem Sinne fanden konkretisierende Sitzungen und Diskussionen mit dem

pädagogischen Personal der Grundschule Brumovice und den Eltern statt, die Übersetzungsarbeiten wurden fortgesetzt. Andere Maßnahmen werden im Abschnitt Ergebnisse geschildert.

## *2. Gesundheitswoche: „Gesunde Skelettentwicklung und die Prävention von Verletzungen“ (25. – 29. 9. 2000)*

Im Herbst 2000 wurde unter einer neuen Projektleitung und mit freundlicher Unterstützung der Schulleitung die zweite Gesundheitswoche veranstaltet. Auf der Sitzung, die vor der Realisierung der zweiten Woche statt fand, wurde mit dem Lehrerinnenkollegium abgestimmt, dass die Leitung des Projektes immer noch überwiegend in den Händen von dem universitären Realisierungsteams liegen wird, so dass die Lehrerinnen beim mitmachen eine Art von „Learning by doing- Schulung“ durchmachen. Wie sich die Lehrerinnen selber dazu geäußert haben, war es erstens für sie wegen einer personalstrukturellen Situation in der Schule und den Veränderungen im Schulsystem der „machbarste“ Weg, und zweitens trauten sie sich nicht gleich „unerfahren“ das eigene Projekt zu leiten. In die Praxis umgesetzt bedeutete dies, dass die Gestaltung vom Rahmenprogramm und dem Team von Fachleute und Helferpersonen, sowie die Organisation von Material und Rollenverteilung das universitäre Team übernommen hat.

Wegen den schulorganisatorischen Bedingungen (eigene Vorhaben der Grundschule) und wegen der Tatsache, dass bei der zweiten Gesundheitswoche ein besonderer Wert auf eine fließende Implementierung des Programms gelegt wurde, hat die Untersuchungsplanung gewissen Veränderungen unterlegen. Die meisten geplanten Untersuchungen sind erst am Ende und nach der zweiten Gesundheitswoche realisiert worden, damit ein fließender Ablauf der Woche geleistet werden konnte. Schüler/Schülerinnenmeinung- Fragebogen (SMF) wurde eine Woche nach der Gesundheitswoche verteilt. Die anderen Untersuchungsverfahren fanden in den Wochen von 1. – 14. 11. 2000 statt. Es ging wieder um die Feststellung der körperlichen Leistungsfähigkeit (UT), Körperhaltung und Muskeldysbalancen (KhT), Bewegungsaktivität der Kinder (BAF) und ihrer subjektiven Befindlichkeit (SBF).



Teilnehmende und nicht-teilnehmende Beobachtung begleiteten die ganze zweite Gesundheitswoche.

Tab. 11: *Untersuchungsplan für die 2. GW „Gesunde Skelettentwicklung und die*

*Prävention von Verletzungen“*

<b>Untersuchungen</b>	<b>vor der GW</b>	<b>während der GW</b>	<b>nach der GW</b>
<b>UT</b>			
<b>KhT</b>			
<b>BAF</b>			
<b>Hospitationen/ Beobachtung</b>			

### *3. Gesundheitswoche: „HerzKreislauf, Cholesterin und Fairplay“ (23. 4. – 27. 4. 2001)*

Während die von der zweiten Gesundheitswoche gewonnene Daten ausgewertet wurden, fing die Vorbereitung für die nächste Gesundheitswoche statt. Das Thema der Woche wurde festgelegt und die „gewohnheitsmäßige“ Planung hat gestartet. Es wurden Sitzungen mit den Lehrerinnen organisiert, wo die Vorbereitung der Woche und die Untersuchungsplanung konkretisiert wurden. Die Eltern wurden über die kommende Veranstaltung schriftlich informiert.

Im Frühjahr 2001 wurde die dritte Gesundheitswoche realisiert. Unterschied zu den vorigere Gesundheitswochen zeigte sich in der Programmgestaltung während des Unterrichts. Die Bewegungseinheiten im Unterricht haben diesmal die Lehrerinnen geleitet. Bewegungspausen zwischen den einzelnen Unterrichtsstunden betreuten weiterhin Studenten und Dozenten der Pädagogischen Fakultät.

Ausser Hospitieren, dass während der Gesundheitswoche statt fand, haben alle anderen Untersuchungen ca. 3 – 8 Wochen nach der Gesundheitswoche erfolgt.

So wurden innerhalb der drei folgenden Wochen die Fragebogenuntersuchungen durchgeführt. Der Bewegungsaktivitätsfragebogen (BAF) und der Lehrerfragebogen II (LF II), die das Schülerprofil erfassen, wurden an die Kinder und Lehrerinnen verteilt. Weil im Unterricht diesmal die Bedeutung vom gesunden Sitzen beton wurde (und eigentlich auch als langfristige Lehrkompetenz bei den Lehrerinnen vorgesehen war), wurde auch ein Fragebogen an die Kinder ver-

teilt, der ihre Einstellung und Kenntnisse über Sitzen feststellte (KSF). Anfang Juni 2001 wurden die Eltern der Kinder auch schriftlich befragt und zugleich in einem Brief über die kommende somatische Untersuchung informiert. Danach folgten die Motorische Tests (UT) und der Körperhaltungstest (KhT).

Tab. 12: *Untersuchungsplan für die 3. GW „HerzKreislauf, Cholesterin und Fair-play“*

Untersuchungen	vor der GW	während der GW	nach der GW
KSF			
LF II			
EIF			
KhT			
UT			
BAF			
Hospitationen/ Beobachtung			

#### *4. Gesundheitswoche: „Richtige Körperhaltung und geistiges Gleichgewicht“ (24. – 27. 9. 2001)*

Die vierte Gesundheitswoche, die im Herbst 2001 statt fand, wurde gänzlich von den Lehrerinnen vorbereitet. Das Realisationsteam der Pädagogischen Fakultät der MU Brno übernahm die Helferrolle und beteiligte sich überwiegend nur an der Betreuung von dem Nachmittagsprogramm, was allmählich der ursprünglichen deutschen Konzeption entsprach. Nach wie vor unterstützte die Pädagogische Fakultät die sportliche materielle Ausrüstung für die Gesundheitswoche (Gymnastikbälle, Ausrüstung für kleine Sportspiele, psychomotorische Hilfsmittel u.a.).

In die Vorbereitung haben die Lehrerinnen auch die Schüler und Schülerinnen der höheren Klassen (4. und 5.) miteinbezogen. Als Einführung in die gewählte Thematik haben sie mit den Kindern ein Theaterstück als Motivationseinleitung eingeübt und auch die Leitung der ganzen Woche übernommen.

Nach der Auswertung der dritten Gesundheitswoche und der Feststellung, dass in den Indikatoren der körperlichen Leistungsfähigkeit (UT) und der Körperhaltung (KhT) in so einem kurzen Zeitraum, in dem man die vorigere Untersuchungen durchgeführt hat, kaum Veränderungen zu beobachten sind, wurden

weitere Untersuchungen in diesen Bereichen erst für einen Zeitrahmen festgelegt, der ein einjähriges Abstand darstellte.

Am Anfang dieser vierten Gesundheitswoche wurde in allen Klassen ein Aufmerksamkeitstest (AT) durchgeführt, der in einen Zusammenhang mit den durchgeführten Entspannungsübungen und dem vorstehendem Wochenthema gebracht wurde.

Im Sinne der Untersuchungen, war die vierte Gesundheitswoche auf die Hospitationen und Beobachtungen (ob teilnehmenden oder nicht- teilnehmenden) im Unterricht und in den Nachmittagskursen ausgerichtet. Im Unterricht wurde vor allem Wert gelegt auf die Nutzung der Bewegungspausen mit den zur Verfügung stehenden, gesundheitsorientierten Geräten (Gymnastikbälle). Dabei wurde Bezug auch auf die Wochenthematik genommen. In den Nachmittagskursen wurden vor allem die Teilnahmefreudigkeit und die Motivationsindikatoren (wie Freude x Neutralität) beobachtet. Diese Beobachtungsaufgaben wurden mit Hilfe einer Videokamera durchgeführt.

Tab. 13: *Untersuchungsplan für die 4. GW „Richtige Körperhaltung und geistiges Gleichgewicht“*

<b>Untersuchungen</b>	<b>vor der GW</b>	<b>während der GW</b>	<b>nach der GW</b>
<b>AT</b>			
<b>Hospitationen/ Beobachtung</b>			
<b>LF III</b>			
<b>LI</b>			

In der Vorbereitungsphase auf die fünfte Gesundheitswoche wurde das Interview mit den Lehrerinnen vorbereitet. Die Lehrerinnen haben zuerst einen allgemeinen Fragebogen bekommen, indem man sie nach ihrer Einstellung zur eigenen Gesundheit und zur Gesundheitserziehung befragt hat. Auf der Basis dieser Feststellungen entstand dann eine Liste von Fragen für das geplante Lehrerinterview (LI). Das Lehrerinterview wurde anschliessend an drei Terminen durchgeführt. Dieses Lehrerinterview wurde auf einen Tonträger aufgenommen und dazu noch mit begleitenden Bemerkungen versehen.

### 5. Gesundheitswoche: „Gesunde Zähne“ (17. – 21. 6. 2002)

Die fünfte Gesundheitswoche wurde im Juni 2002 veranstaltet. Das Thema ist auch diesmal von den Lehrerinnen und den Kindern gewählt worden und die Managementstruktur blieb dieselbe wie bei der letzten Gesundheitswoche. Neben der Gesundheitsthematik, die in erster Linie den Unterricht beherrschte, blieben als festes Programmteil auch die Bewegungspausen im Unterricht und in den Pausen zwischen Unterrichtsstunden. Die geplanten Untersuchungen wurden diesmal teilweise in die Gesundheitswoche gelegt und teilweise eine Woche nach der Veranstaltung. Der Grund für diese Handhabung bestand darin, dass ein ziemlich später Termin für die Gesundheitswoche von den Lehrerinnen festgelegt worden war. Außerdem wurde in dieser Woche noch ein anderer Test durchgeführt, der mit dem von mir vorgesehenen Untersuchungsplan in keinem Zusammenhang stand. Es ist anzunehmen, dass diese Tatsachen einen Einfluss auf den Untersuchungsverlauf in der fünften Gesundheitswoche hatten und zwar deswegen, weil die Kinder „überbelastet“ waren und dadurch auch für das Ausfüllen des Fragebogens wenig motiviert waren. Das war auch die Meinung der Lehrerinnen. So wurden mit der fünften Gesundheitswoche die Feststellungen der Körperhaltung (KhT), der Bewegungsaktivität (BAF) der Kinder verbunden.

Das Hospitieren im Unterricht und in den außerschulischen Kursen wurde auch in dieser fünften Woche durchgeführt. Dazu ist es vielleicht wichtig zu bemerken, dass sowohl diese 5. als auch die 6. Gesundheitswoche für die Durchführung der Beobachtungen etwas ungünstig waren, was an dem „Fachpersonal-mangel“ lag. Das hatte zur Folge, dass die Beobachtungen nicht mit der entsprechenden „Präzision“ durchgeführt werden konnten.

Tab. 14: *Untersuchungsplan für die 5. GW „Gesunde Zähne“*

Untersuchungen	vor der GW	während der GW	nach der GW
Hospitationen/ Beobachtung			
KhT			
BAF			

### 6. Gesundheitswoche: „Bedeutung von Biorhythmen“ (7. – 11. 10. 2002)

Ein Elternabend mit dem Ziel einer Vertiefung der Kenntnisse über die Gesundheitswochen, wurde kurz vor der nächsten Gesundheitswoche veranstaltet. Dabei wurden den Eltern die Daten, das Vorhaben, die Bedeutung der Teilnahme der ganzen Familie an dem Projekt vorgestellt und mit ihnen auch diskutiert. Als Motivationsteil des Abends hat eine der Lehrerinnen mit den Eltern kurze solche Jogaübung durchgeführt, die auch ein Teil des Unterrichts waren. Da konnte man ganz klar die Veränderung der Rollenverteilung im Rahmen des Projektes beobachten. Die Idee, einen solchen Abend durchzuführen, die Organisation, so wie der Inhalt des Abends und die Diskussionsleitung kamen vom Lehrerinnenkollegium. Dies war als eine Zielsetzung intendiert.

Die vorletzte Gesundheitswoche, die sich mit der Bedeutung von Biorhythmen im Leben des Menschen befasst hat, fand im Oktober 2002 statt. Das gesamte Rahmenprogramm hat sich im Grunde nicht unterschieden, weiterhin wurden die Bewegungsaktivitäten auf minimal drei Stunden festgelegt. Auch wurde das Thema im Unterricht berücksichtigt (Fokus an seine Platzierung im Sachunterricht). Die Leitung der Woche lag wiederum in den Händen der Schuldirektorin und des Lehrpersonal. Aus der Pädagogischen Fakultät der MU Brno nahm ein Team von vier Personen– 3 Studenten und 1 Dozent – teil.

Tab. 15: *Untersuchungsplan für die 6. GW „Bedeutung von Biorhythmen“*

Untersuchungen	vor der GW	während der GW	nach der GW
Hospitationen/ Beobachtung			
KhT			
BAF			

Auf Grund der Teilnahme konnten wir ein starkes Interesse von der Elternseite beobachten. Unsere Beobachtungen stützten sich sowohl auf die Teilnahme am Elternabend (im Gegensatz zu vorigern Jahren waren es fast 100%), als auch auf die Teilnahme im Unterricht und den Nachmittagskursen. Dazu werde ich aber nähere Ergebnisse in dem entsprechenden Kapitelabschnitt erwähnen. Das Interesse an unserem Projekt bekundeten auch jene Kinder, die an vorigern Gesundheitswochen teilgenommen hatten und die zu diesem Zeitpunkt schon eine andere Schuleinrichtung besuchten. Ein grosses Interesse an der

Realisierung des Projektes zeigte auch die Direktorin einer anderen Grundschule in einem Nachbardorf. Mir wurde allerdings nichts berichtet, wie sich dort die Situation zur Durchführung eines solchen Projektes entwickelt hat.

### *7. Gesundheitswoche: „Ich bewege mich gesund“ (16. – 20. 6. 2003)*

Im Rahmen der Evaluation des Projektes wurde die letzte Gesundheitswoche im Juni 2003 veranstaltet. Das Thema dieser Gesundheitswoche war als eine Zusammenfassung der bereits realisierten Themen gedacht.

Tab. 16: *Untersuchungsplan für die 7. GW „Ich bewege mich gesund“*

<b>Untersuchungen</b>	<b>vor der GW</b>	<b>während der GW</b>	<b>nach der GW</b>
<b>Hospitationen/ Beobachtung</b>			
<b>KhT</b>			
<b>BAF</b>			

Nach Absprache mit dem Lehrerinnenkollegium habe ich diesmal alle Untersuchungen, also Körperhaltungstest (KhT) und Befragung über die wöchentliche Bewegungsaktivität (BAF) in die Gesundheitswoche einbezogen. Aufgrund der ungünstigen Wetterbedingungen (große Hitze), die zu diesem Zeitpunkt herrschten, konnte der Unifittest (UT) nur teilweise durchgeführt werden. Das gilt auch für den Cooper-Test, wenn, wenn er in den frühen Vormittagsstunden veranstaltet wurde. Denn dabei sind viele Kinder überfordert gewesen. Nach Absprache mit den Lehrerinnen wurde der verbleibende Rest des Unifittest zurückgestellt und weiter nicht mehr realisiert. Die Hospitationen fanden, auch hier wieder während des Unterrichts und auch in den Nachmittagskursen statt. Der Zeitpunkt der Untersuchungen, die sich auf die siebte Gesundheitswoche bezogen haben, war wieder von den internen Angelegenheiten der Schule und externen Umständen des Forschers abhängig.

Im Zuge der Untersuchungen legte man ein besonderes Augenmerk darauf, dass alle Befragungen, ob sie vor, während oder nach der Gesundheitswoche statt fanden, immer am gleichen Wochentag und zum gleichen Zeitpunkt realisiert werden. Der Grund für diese Entscheidung war die Minimierung der möglichen Störfaktoren, wie Tages- und Tageszeitform (vgl. auch Mahlitz, 2002, S. 110). Leider konnte aber nicht immer die entsprechende Woche festgelegt

werden. So wurden die Untersuchungen flexibel an die schulische Planung und andere externe „Störfaktoren“ angepasst.

Für jede realisierte Gesundheitswoche wurden auch Video- und Fotodokumentationen erstellt.

Tab. 17: *Gesamtverlauf der Realisierung der Gesundheitswochen*

Gesundheitswoche	Zeitraum	Thema
1.	Herbst 1999	Bewegung, Obst und Gemüse
2.	Herbst 2000	Gesunde Skelettentwicklung und Prävention von Unfällen
3.	Frühjahr 2001	HerzKreislauf, Cholesterin und Fairplay
4.	Herbst 2001	Richtige Körperhaltung und geistiges Gleichgewicht
5.	Frühjahr 2002	Gesunde Zähne
6.	Herbst 2002	Bedeutung von Biorhythmen
7.	Frühjahr 2003	Ich bewege mich gesund

### 9.3.2 Struktur des Untersuchungsdesigns

Ich bin mir der Komplexität und des umfangreichen Forschungsdesigns bewusst. Deswegen möchte ich gerne an dieser Stelle die Struktur des Untersuchungsdesigns konkreter und ausführlicher darstellen. Dabei werden die unterschiedlichen Teile des Untersuchungsdesigns aufgezeigt. Damit wird dem Leser eine bessere Orientierung an der gesamten Evaluationsproblematik des Projektes „Gesundheitswochen“ vermittelt.

#### 9.3.2.1 Längsschnittstudie

Eine Form der Längsschnittstudie wurde für den Bereich der Körperdisposition gewählt. Zur Körperdisposition gehören nach dem Ressourcenmodell (vgl. Kap. 4.2) die körperliche Leistungsfähigkeit und die Körperhaltung der Schüler und Schülerinnen. Für die Feststellung von den zwei oben genannten somatischen Indikatoren wurde eine Stichprobe bestimmt, in der drei Schulklassen eingeschlossen wurden. Innerhalb dieser Untersuchungen wurde mit der zweiten Gesundheitswoche eine Studie mit einem Längsschnittdesign entworfen. Zeit-

gemäß bedeutet dies, dass der Ausgangspunkt für die Klassen 1., 2. und 3. ( $n = 37$ ) im Schuljahr 2000/2001 war. In drei auf einander folgenden Jahren sollte die Längsschnittstudie realisiert werden, in der diese drei Schulklassen untersucht wurden. Deutlicher zeigt den Ablauf der Untersuchungen die Abbildung 9.

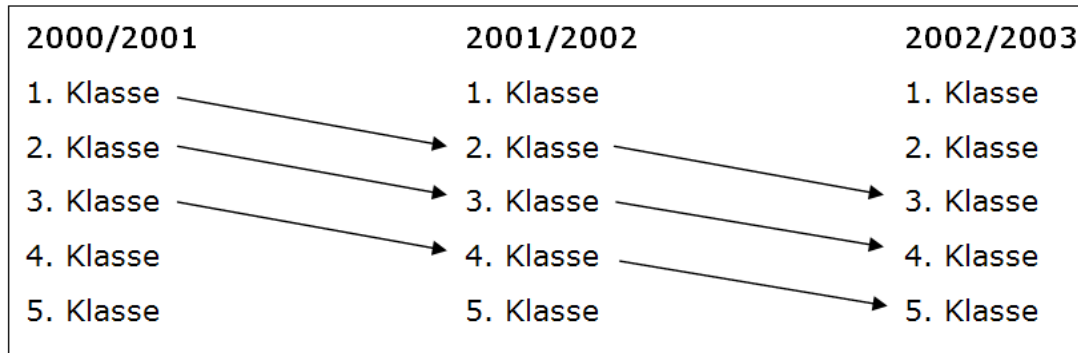


Abb. 9: Ablauf der Untersuchungen im Bereich der Körperdispositionen

#### 9.3.2.1.1 Unifittest

##### *Durchführung des Unifittests*

Als ein Mittel zur Feststellung der aktuellen körperlichen Leistungsfähigkeit kann laut dem Testmanual Unifittest, sowohl Querschnitt- (zur Beurteilung der aktuellen Leistung) als auch Längsschnittuntersuchung (z.B. bei einer Programmbeurteilung) eingesetzt werden. Der Unifittest weist keine hohen Ansprüche an die Organisation und den Ablauf auf.

In einem Stationsbetrieb mit Gruppen (im Falle der Gesundheitswochen in der Grundschule Brumovice ginge es um einzelne Klassen), werden die einzelnen Tests entweder in einer Sporthalle oder auf einer Außenanlage (z.B. Fußballstadion) in zwei Testeinheiten (am besten innerhalb zwei Tage, bzw. einer Woche) durchgeführt. Für die Messungen benutzt man Standartgeräte und ein Hautfaltenmessgerät. Die Anweisungen werden verbal und demonstrativ vermittelt.

Für die Evaluation der Gesundheitswochen wurde der Unifittest als Längsschnittstudie geplant. Die einzelnen Zeiträume der Durchführung des Tests sind im Kap. 9.3.2.1 aufgezeichnet. Aufgrund der Störfaktoren (z.B. Grippeepidemie, akute Veränderungen in der Schulplanung und der aktuellen interne Angele-



genheiten der Schule und des Forschers) konnten zwei ganze Unifittests durchgeführt werden, und zwar beide in einem Schuljahr 2000/2001 (unmittelbar nach der 2. und 3. Gesundheitswoche, vgl. Kap. 10.1.1). Am Ende des Schuljahres 2003 konnte aufgrund der ungünstigen Witterungen nur ein Teil des geplanten Unifittests (Cooper- Test) realisiert werden. Diese Ergebnisse werden in der Auswertung wegen einer geringeren Aussagekraft nicht berücksichtigt (vgl. ebd., Abschnitt VII.).

Vor den einzelnen Testdisziplinen wurden im sportphysiologischen und verletzungspräventiven Sinne Aufwärmungs- und Entspannungsübungen durchgeführt.

Die einzelnen Untersuchungen innerhalb der ausgewählten Stichprobe fanden in den folgenden Terminen statt:

Unifittest – im Zeitraum 1. – 14. 11. 2000

Unifittest – im Zeitraum 19. - 27. 6. 2001

Unifittest – fehlende Daten

Unifittest – im Zeitraum 16. – 20. 6. 2003 (nur Cooper- Test und BMI)

#### 9.3.2.1.2 *Körperhaltungstest*

##### *Durchführung des Körperhaltungstest*

Die Normwerte der Diagnostik der Körperhaltung sind laut Wydra (2004) nicht klar und einheitlich definiert, und auch die Einschätzung einer Haltungsposition durch die Fachärzte differiert (vgl. Ludwik und Schmitt, # Neurokybernetik der Körperhaltung, S.5). Im dargestellten Körperhaltungstest (Kopřivová, 1995) ging es um ein Haltungsscreening, das die anatomisch-mechanische Komponente, also den statischen Anteil der Haltung, in Augenschein nahm. Es wurden dabei nicht die neuroregulativen Komponenten (der dynamische Anteil) berücksichtigt (vgl. Ludwik und Schmitt, S. 11f). Für die Messung wurden offensichtlich beobachtbare Haltungsindikatoren, bzw. deren Abweichungen bestimmt. Diesem Test stand ein standardisiertes Formblatt zur Verfügung, auf dem neben demographischen Charakteristiken (Geburtsdatum, Klassenstufe, Schule, vorwiegend getriebene Sportart) auch die somatischen Messungen der einzelnen Probanden angegeben wurden. Der aktuelle BMI, bzw. das aktuelle Kör-

pergewicht, können einen Einfluss auf die Körperhaltung des untersuchten Kindes haben (vgl. ebd.).

Der Haltungsscreening basierte auf einer qualitativen Beobachtung. Es wurde eine spontane Haltung des Probanden in der sagitalen und frontalen Ebene untersucht, wobei in der Frontalebene folgende Beobachtungskriterien festgelegt wurden:

- Die Schulter- und Schulterblätterposition (der Rückgang)
- Die Wirbelsäuleabweichung (Skoliose)
- Bei Einbeinstand die Abweichung (hoch x tief) des Beckens im Lendenbereich.

In der Sagitalebene (seitlich) beim aufrechten Stand werden

- Abwölbung der Schulterblätter,
- Lendenlordose,
- Bauchmuskulatur,
- Abweichungen der Hals- und Lendenwirbelsäule (HWS und LWS) von der Vertikale (in 0,1 cm),

und in der Sagitalebene bei Vorbeugung des Rumpfes

- der Wirbelsäulebogen beobachtet (vgl. Anhang VI).

Die festgestellten Haltungsindikatoren werden gleich während der Beobachtung in das Formblatt eingetragen. Die erworbenen qualitativen Daten sind dann qualitativ auszuwerten.

Weil dieser Körperhaltungstest über 30 Sekunden durchgeführt wird, ist es möglich, dass zu einer muskulären und neuronalen Ermüdung kommt, was die objektiv beobachtbaren Symptome während des Tests intensivieren kann. Daher ist die Aussagekraft des Tests auch kritisch zu betrachten (vgl. Ludwik und Schmitt, # Neurokybernetik der Körperhaltung, S. 12).

Die einzelnen Untersuchungen innerhalb der ausgewählten Stichprobe fanden in den folgenden Terminen statt:

Körperhaltungstest – im Zeitraum 1. – 14. 11. 2000

Körperhaltungstest – im Zeitraum 19. – 27. 6. 2001

Körperhaltungstest – im Zeitraum 17. – 21. 6. 2002

## Körperhaltungstest – fehlende Daten

Im Jahr 1999, also während der Pilotphase des Projektes, wurden im Rahmen der Forschungsarbeit meines Kollegen, alle Klassen der Grundschule Brumovice mit dem Unifittest und dem Körperhaltungstest untersucht. Diese Ergebnisse werden in der abschliessenden Auswertung und Interpretation nur teilweise berücksichtigt, weil sie nicht ganzheitlich zur Verfügung stehen.

### 9.3.2.2 Querschnittsstudien

Für die Kompetenz- und Richtungsdisposition, die im Ressourcenmodell genannt werden, wurden Untersuchungen gewählt, die die Meinungen, Einstellungen, Motive, das Sachwissen und die Befindlichkeit der Kinder feststellen.

#### 9.3.2.2.1 *Bewegungsaktivitätsfragebogen (BAF)*

Für die Stichprobe für diese Feststellung wurden immer die aktuell an dem Projekt teilnehmenden Klassen hergenommen, also immer alle fünf. Dies bedeutet, dass z.B. im Jahr 1999 (also bei der Voruntersuchung) die Klassen 1. – 5. in das Untersuchungsverfahren eingeschlossen wurden, was zu bedeuten hat, dass ein Jahr später eine Klasse, nämlich die fünfte, als Dropout ausgefallen ist. Dazu ist jedes Jahr eine neue erste Klasse gekommen. Insgesamt sind während der Evaluation, einschl. der Pilotwoche, vier Klassen als Dropout zu bezeichnen, und vier erste Klassen sind zur Befragung über die Bewegungsaktivität neu dazu gekommen. Die einzelnen Farben demonstrieren den Übergang in die höheren Klassenstufen.

1998/1999	1999/2000	2000/2001	2001/2002	2002/2003
1. Klasse	1. Klasse	1. Klasse	1. Klasse	1. Klasse
2. Klasse	2. Klasse	2. Klasse	2. Klasse	2. Klasse
3. Klasse	3. Klasse	3. Klasse	3. Klasse	3. Klasse
4. Klasse	4. Klasse	4. Klasse	4. Klasse	4. Klasse
5. Klasse*	5. Klasse*	5. Klasse*	5. Klasse*	5. Klasse
*...Dropoutklassen				

Abb. 10: Ablauf der Untersuchungen und Dropoutquote/neu kommende Klassen bei dem Bewegungsaktivitätsfragebogen.

Die wöchentliche Bewegungsaktivität der Kinder wurde als Querschnittstudie in folgenden Zeiträumen durchgeführt:

Untersuchung – Juni 1999 (Voruntersuchung)

Untersuchung – Mai 2001

Untersuchung – Juni 2002

Untersuchung – Juni 2003

#### 9.3.2.2.2 *Kenntnisse über Sitzen – Fragebogen (KSF)*

Dieser Fragebogen wurde auch im Rahmen einer Querschnittsuntersuchung nur einmalig zur Feststellung benutzt, und zwar im Mai 2001. Als Stichprobe für dieses Vorhaben galt wieder die ganze Klassengruppe.

#### 9.3.2.2.3 *Lehrerfragebögen (LF)*

Alle drei Lehrerfragebögen wurden immer an alle fünf Lehrerinnen der Grundschule verteilt. Die Untersuchungen liefen auch hier unter einem Querschnittsstudiendesign. Also haben die Lehrerinnen den Lehrerfragebogen I (LF I) über ihre Meinung zu den Gesundheitswochen im Oktober 1999 und im Mai 2001 zum Ausfüllen erhalten. Der Lehrerfragebogen II (Reflexion über die Schüler und Schülerinnen) wurde im Mai 2001 ausgefüllt und der Lehrerfragebogen III (Vorbereitung auf das Interview) im Laufe der Konsolidierungsphase im Januar 2002.

#### 9.3.2.2.4 *Lehrerinterview (LI)*

Aus personal-organisatorischen Gründen war es möglich, 3 Lehrerinnen der Grundschule Brumovice zu befragen, und zwar im Zeitraum Februar – April 2002. Für die Gespräche wurde das Büro der Schuldirektion, ein ruhiger Raum in der Grundschule ausgesucht, der es erlaubt hat, eine vom außen ungestörte Befragung durchzuführen. Anhand des jeweiligen Gesprächsverlaufes haben die Interviews unterschiedlich lang gedauert. Das Durchführen der einzelnen Interviews hat jedoch ca. 45 – 75 Minuten pro Interview in Anspruch genommen. Zusätzlich habe ich auf ein dafür bestimmtes Blatt Papier Notizen gesammelt, die die gesamte Atmosphäre der einzelnen Interviews beschrieben.

Gläser und Laudel (2004, S. 185) weisen auf taktische Fehler, die während der Durchführung eines Interviews auftreten können, hin. In dem Fall Grundschule Brumovice handelte es sich bei mir um die erstmalige Durchführung eines solchen Interviews. Und obwohl eine präzise Vorbereitung der Gespräche voraus ging, konnte ich während der Befragung solche Fehler nicht meiden. Aufgrund der Tatsache, dass ich „(...) die Aufgabe permanenter spontaner Operationalisierung (...)“ (Gläser und Laudel, ebd.) nicht immer bewältigen konnte, habe ich bei der anschließenden Analyse der Interviews festgestellt, dass ich beim Nachfragen solche Fragen gestellt habe, die sowohl einen suggestiven, als auch dichotomen Charakter aufzeigten. Nicht bei allen Lehrerinnen ist es mir gelungen, ein aussagekräftiges und damit brauchbares Gespräch zu erreichen. Z.B. zeigten sich bei Lehrerin LII Schwierigkeiten im Redefluss und das besserte sich auch dann nicht, wenn ich hin und wieder nachfragte. Lediglich in der Anfangsphase des ersten Interviews ergaben sich problematische Situationen, die dadurch entstanden, dass Pausen, die im Redefluss ganz natürlich vorkommen, nicht durch ein mangelndes Aushalten der im Erzählungsfluss natürlich entstandenen Pausen charakterisiert wurden. Jedoch sind die Übergänge von Frage zu Frage, bzw. zwischen den Themenwechsel während der einzelnen Interviews als fließend zu bezeichnen. Alle diese Tatsachen wurden bei der Auswertung der Interviews berücksichtigt.

Das Lehrerinterview war als einmalige Querschnittsuntersuchung durchgeführt worden. Die einzelnen Lehrerinnen habe ich innerhalb drei Terminen befragt, im April und im Mai 2002. Die Interviews wurden auf ein Band aufgenommen und später transkribiert.

### *Transkription der Interviews*

Die Problematik der Transkription von Interviewprotokollen ist in vielen Geisteswissenschaften ein unabgeschlossenes Thema. Es gibt hier keine allgemein akzeptierte Regeln, deren man folgen kann (vgl. Gläser und Laudel, 2004, S. 188; Leix, 2003, S. 69). In der Fachliteratur werden verschiedene Transkriptionsmethoden genannt. Einige möchte ich hier kurz erwähnen, um ein Bild zu vermitteln, wie spezifisch die Transkriptionsproblematik aufgefasst und ausgerichtet werden kann. Das in der Welt am meisten benutzte Transkriptionssys-

tem ist das *Jeffersonian's Transcription System* – das Hauptsystem der Konversationsanalyse (*conversation analysis*) (vgl. ten Have, 1990). Manche Vertreter dieses Systems sind der Meinung, dass eine Transkription nicht aus der Sicht eines konkreten Forschungsproblems gemacht werden sollte. Ein weiteres Transkriptionssystem ist das *Discourse Transcription* (Du Bois et al., 1993). Dieses hilft eine Menge von Interviewdetails aufzuzeichnen, wobei es eine phonetische und/oder phonologische Aufzeichnungsart verwendet. Aufgrund der auf das Detail ausgerichteten Art ermöglicht dieses System eine tiefere Analyse des Forschungsmaterials. Eine der wenigen Transkriptionssysteme, für die ein Softwareprogramm entwickelt wurde, sind die *Halbinterpretativen Arbeitstranskriptionen* (Ehlich, 1993b).

Mit welchem Grad der Genauigkeit man transkribieren soll, hängt laut Gläser und Laudel (2004, S. 188) von dem Untersuchungsziel ab. Innerhalb eines Experteninterviews sind die phonetischen Details weniger von Bedeutung. Aufgrund der methodischen Überlegungen von Leix (2003) und Gläser und Laudel (2004), habe ich mich entschieden, mich den folgenden Transkriptionsregeln anzuschließen:

- Das Transkript wird in einer Standardorthographie aufgeschrieben.
- Die nicht verbalen Äußerungen werden nur dann aufgezeichnet, wenn sie die Bedeutung der Aussage verändern / betonen können.
- Es werden die
  - Besonderheiten der Antwort (zögernd, gedehnt, lachend),
  - Unterbrechungen im Gespräch,
  - unverständliche Passagen vermerkt.
- Es wird eine vollständige Transkription durchgeführt, das bedeutet die Aussagen werden nicht interpretiert (vgl. Anhang VII).

In der untenstehenden Tabelle führe ich die orthographischen Zeichen an, die ich während der Transkription angewendet habe. Um dem Ziel dieses Experteninterview zu folgen, in dem der Inhalt vor der Form der Aussagen steht, habe ich ganz einfache Zeichen gewählt. Den Zwecken dieses Verfahrens gerecht zu werden, finde ich diese Konzeption passend:

Tab. 17: *Im Interview verwendete orthographische Zeichen*

Frage	?
Mitteilung mit einer sinkenden Kadenz	.
Andeutung einer weiterführenden Aussage	...
Unmittelbare Erzählung, ohne sinkende Kadenz, ohne Pause	,
Betonung	!
Pause	(-)
Diskurspartikel (ähmm, ähh)	#
Lachen	@
Bejahung nicht verbal (uhm)	&
Abtönungspartikel (also)	+
Plötzliche Unterbrechung der Aussage	tex/
Plötzliche Unterbrechung der Aufnahme (technische Störung)	tech/
Unmittelbares Anschließen an die Aussage des Interviewpartners	=
Gleichzeitig gesprochenes Text (overlap)	[ ]
Das Kommentar des Autors	< >

Alle Zeichen sind im transkribierten Text in kursiv angeführt. Durch den Ansatz der kommunikativen Validierung wurde die Qualität der transkribierten Interviews sichergestellt. Während eines zu diesem Zwecke durchgeführten Gesprächs, wurde das transkribierte Interview mit den Lehrerinnen diskutiert.

#### 9.3.2.2.5 *Elternfragebogen (EIF)*

Der Elternfragebogen wurde schon näher im Kap. 8 beschrieben. Genauso wie der Lehrerfragebogen III, wurde auch der Fragebogen nur einmalig, und zwar im Mai 2001 als Querschnittsstudie an die Eltern verteilt. Es war nicht die ursprüngliche Absicht des Forschers, eine tief greifende Analyse über die Elterneinstellungen und ihre Handlungsweise in Bezug zur Gesundheit durchzuführen, sondern Informationen zu gewinnen, die besser die Kausalitäten und Hintergründe des Handelns ihrer Kinder umschreiben, bzw. erklären können.

#### 9.3.2.2.6 *Hospitationen*

Während der einzelnen Gesundheitswochen und den danach folgenden Konsolidierungsphasen, habe ich im Unterricht und auch in den Nachmittagskursen hospitiert. Um einen möglichst natürlichen Ablauf des beobachteten Geschehens zu bekommen, habe ich unterschiedlich einmal die Rolle eines teilnehmenden und dann eines nicht teilnehmenden Beobachters übernommen. Diesen Rollentausch habe ich immer auf meinem Notizenblatt vermerkt. Die ein-

zelen Hospitationstermine während der Konsolidierungsphasen waren aus zeitlich-organisatorischen Gründen (Entfernung zur Grundschule) zuerst einmal wöchentlich geplant, um das Klima der Schule besser kennen zu lernen. Diese sehr dicht angelegte Planung wurde später geändert. Auch wenn die Planung der Hospitationen eine gewisse Struktur hatte, ist der Ergebnisdesign als sehr flexibel zu bezeichnen. Insgesamt habe ich in den Konsolidierungsphasen 50 Hospitationen realisieren können, während deren ich immer alle fünf Klassen besucht habe. Es wurde also keine spezielle Stichprobe ausgewählt. Ähnlich, wie bei den oben genannten Untersuchungen war auch hier ein Querschnitts-studie- Design eingesetzt. Aus diesem Grund kann ich sagen, dass bei den Kindern aus der Sicht einer langfristigen Beobachtung keine tief greifende Analyse von Veränderungen ausgemacht werden konnte. Die gewonnenen Daten bieten bei der Interpretation eher einen Spielraum an, in dem man allgemeine Tendenzen im Unterricht beschreiben kann. Dazu gehören die Reaktionen der Kinder auf die Bewegungsangebote im Unterricht und das aktuelle Klima in der Klasse. Bei meiner Hospitationsbeobachtung der Lehrerinnen ging es darum, langfristige Veränderungen in der Gestaltung des Unterrichts bezüglich der Bewegungsaktivität (vgl. Kap. 8.1) zu erkennen.

### *9.3.3 Aspekt der Motivation der beteiligten Personen*

Aufgrund der insgesamt ziemlich klein angelegten Stichprobe war es wichtig, die Motivation der teilnehmenden Probanden an der Datenerhebung „am Brennen“ zu halten, damit sich ihre Zahl nicht verringerte. Da drei Probandengruppen beteiligt waren, war es notwendig drei Perspektiven zu wählen, die Kinder-, die Lehrer- und die Elternperspektive. Jede einzelne Perspektive hat demnach auch Motivationsstrategie.

#### *9.3.3.1 Schüler und Schülerinnen*

Die Motivation der Kinder für die motorischen Tests war deshalb so leicht zu erreichen, weil einmal alle vier Disziplinen, aus denen diese Testmethode besteht, als Teile des normalen Sportunterrichts bekannt waren, weil zum anderen Kinder, vor allem Grundschüler, danach streben, vom Lehrer „bewundert“ zu werden (Pangrazi, 2001, S. 40). Sie nehmen die Herausforderungen, die an



sie im Rahmen der körperlichen Aktivität gestellt werden, sehr ernst. Diese Tatsache und auch die wissenschaftliche Begleitung und persönliche Anwesenheit des universitären pädagogischen Teams, könnten die Gründe dafür sein, warum wir keine Schwierigkeiten hatten, die Kinder für die Durchführung dieser Testbatterie zu gewinnen.

Die Lehrerinnen wurden angeleitet, ihre Rolle als stellvertretende Personen bei der wissenschaftlichen Begleitung kompetent auszufüllen. Ihre Aufgabe bestand dabei darin, selbst ausgewählte Fragebogenuntersuchungen zu betreuen. Dabei ging es um die Fragen der subjektiven Befindlichkeit und der Bewegungsaktivität der Kinder, weiter um die Kenntnisse über den Sitzen- Fragebogen und um die Fragebögen, die die Meinung der Schüler und Schülerinnen über die durchgeführten Gesundheitswochen beinhalteten. Durch die Anwesenheit der Lehrerinnen wurde die Natürlichkeit des Klassenklimas bewahrt und deswegen war es auch für die Kinder leichter, die Fragebögen auszufüllen. Die einzelnen Fragebögen waren so gestaltet, dass sie für die Kinder übersichtlich, einfach und verständlich waren. Es war für uns selbstverständlich, die Kinder in das Ausfüllen des Fragebogens einzuführen. Für ein gutes Design des Fragebogens sorgten geschmackvoll gestaltete Bilder.

#### 9.3.3.2 Lehrerinnen

Mit den Lehrerinnen wurden während der ganzen Evaluationszeit offene Gespräche geführt. Allem voran über die Gesundheitsproblematik und weiter über die Problematik der Implementierung des Projektes in der Grundschule, über die Vor- und Nachteile, die das Projekt mit sich brachte. Durch die intensive Einführung in die Testverfahren, konnten die Lehrerinnen darüber aufgeklärt werden, unter welchen Bedingungen die jeweiligen Fragebögen verteilt und ausgefüllt werden sollten. Bei der ersten Umsetzung der Befragung in den einzelnen Klassen hatten die Lehrerinnen keine Schwierigkeiten, was sich dann so auswirkte, dass sie die folgenden Untersuchungen „routinemäßig“ durchführen konnten. Sie selber sahen dieses selbständige Vorgehen als sehr positiv an, weil, wie sie meinten, keine „fremde“ Person den Unterrichtsablauf störte. Durch diese, für die Lehrerinnen idealen Bedingungen, war es ein leichtes, die Kinder in die Handhabung des Fragebogens einzuführen und ihnen genügend

Zeit zu dessen Ausfüllen zur Verfügung zu stellen. Zusätzliche Bemerkungen über den jeweiligen Untersuchungsablauf haben die Lehrerinnen auf ein speziell dafür bestimmtes Notizblatt festgehalten.

Für die Teilnahme an den Untersuchungen wurden die Lehrerinnen auch durch ihre eigene professionellen Einstellungen motiviert. Innovative Schritte im Rahmen der Bildungs- und Erziehungsziele und Maßnahmen im Sinne der Autoevaluation, waren ihnen wichtig. Die Untersuchungen durchzuführen hat ihnen auch ermöglicht, in die wissenschaftlich umstrittene Problematik tiefer einzutauchen und die gewonnen Erfahrungen und Informationen den Eltern der Schüler und Schülerinnen zu vermitteln. Dieses Vorgehen förderte die Zusammenarbeit der Schule mit den Eltern und umgekehrt und wirkte sich schließlich auch auf das Zusammenleben im Dorf aus. Zu erwähnen sei auch noch und das zeugt von hoher Motivation, dass bei der Durchführung der motorischen Tests die Lehrerinnen freiwillig assistiert haben.

#### 9.3.3.3 Eltern

Die Eltern für die Teilnahme zu gewinnen zeigte sich am Anfang als große Herausforderung, die zu bewältigen war. Denn bis zur Einführung der Gesundheitswochen in der Grundschule, war die Zusammenarbeit der Eltern mit der Schule als eher schwierig und ungenügend zu bezeichnen. Also wurde als allererstes Vorhaben die Eingliederung der Eltern als Partner der Schule in den gesamten Projektablauf angegangen.

Bezüglich die Evaluationsmaßnahmen wurde an die Eltern vor jeder Durchführung des motorischen Testverfahrens und des Körperhaltungstests ein Schreiben zugeschickt, in dem sie über die geplante Untersuchung informiert und sie befragt wurden, ob sie mit der Teilnahme ihres Kindes an der Untersuchung einverstanden seien. So wurde ihnen, ähnlich wie beim Projektprogramm, die Möglichkeit gegeben, als gleichwertiger Partner mitzubestimmen und mitzuwirken (vgl. Rabušicová et al. 2003).

Während der Elternabende wurden sie über aktuelle Ergebnisse der Untersuchungen informiert. Im Sinne der Offenheit der Schule den Eltern gegenüber (vgl. Janík, 2002, Šed'ová et al., 2003) wurde eine vereinfachte Version einer

Ergebnisdatenbank erstellt, in die sie jeder Zeit, je nach ihrer Interessenslage, Einblick nehmen und/oder sie auch diskutieren konnten.

Am Elternabend wurde den Eltern auch ihr Termin der geplanten Befragung mitgeteilt. Den Elternfragebogen haben sie später mit einem freundlichen Schreiben, in dem dieser auch erklärt wurde, erhalten. Die Absicht, die wir mit diesem Vorgehen verbanden war die dass, wenn die Eltern diesen Fragebogen ohne unsere Hilfe ausfüllten, sich die Testverfälschungen minimierten und die Rückgaberate zu maximierte.

Ähnlich wie Lames (1996, S. 136) in seiner Arbeit berichtet, wären doch mögliche Verfälschungen zu erwarten.

Dazu einige Beispiele:

- Der Elternfragebogen könnte als eine Selbstkonfrontation wahrgenommen werden, was zu bedeuten hat, dass sich die Eltern über sich nur positiv geäußert haben oder gar nicht geantwortet haben.
- Es war nicht klar, ob beide Eltern den Fragebogen zusammen ausgefüllt haben.
- Mit Antworten im Sinne der sozialen Erwünschtheit war teilweise bei den Kinderfragebögen zu rechnen, und zwar bei den Fragebögen, die nicht von den Lehrerinnen verteilt worden sind, sondern die von einer wissenschaftlichen Begleitung auszufüllen waren.
- Die Fragebogen wurden an einem Elternabend an die Eltern verteilt, die dann gebeten wurden, ihre ehrliche Meinung auf die Bogenblätter zu notieren. Trotzdem könnten Antworten im Sinne der sozialen Erwünschtheit erscheinen und zwar im Zusammenhang mit ihrem Wissen über die Notwendigkeit der Bewegungsaktivität im Alltag, mit dem sie während der gesamten Projektimplementierung konfrontiert wurden.
- Maßnahmen gegen den Effekt der sozialen Erwünschtheit bei den Lehrerinnen wurden mittels einer Einführung und zahlreichen Diskussionen unternommen. Die Lehrerinnen wurden darüber aufgeklärt, dass es bei den Untersuchungen um eine Feststellung von wahrheitsgetreuen Tatsachen geht.

## **10 Ergebnisse der Evaluation**

### **10.1 Ergebnisse zur Implementierung**

In diesem Abschnitt werden die gesamten Erfahrungen mit dem Implementierungsprozess der Gesundheitswochen beschrieben und analysiert. Es werden die problematischen Bereiche der Organisation, der Nachfrage und Kosten, und der Evaluation der Umsetzung des Projektes in der Schule aufgezeichnet.

#### *10.1.1 Evaluation der Umsetzung in der Schule*

Für die Evaluation der Umsetzung des Projektes in der Schule, wurde außer der Pilotphase kein strukturiertes Messinstrument eingesetzt. Die Bewertung der Umsetzung wurde vor allem mittels unstrukturierten Interviews mit den Lehrerinnen und Beobachtungen realisiert und ist im Sinne einer formativen Evaluation gelaufen. Auch wenn man sich nicht direkt auf eine quantitative Analyse der Beobachtungen und Aussagen stützen kann, lässt sich die Bilanz dieses Abschnittes durch eine deskriptive Darstellung gut charakterisieren. Dabei sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:

#### *10.1.2 Die Räumlichkeiten und materielle Ausstattung*

Für so ein inhaltsreiches Projekt wie es die Gesundheitswochen in ihrer ursprünglichen Konzeption sind, zeigte sich die räumliche und materielle Ausstattung der Schule als ungenügend und es mussten Kompromisse gesucht werden, die auf die jeweils aktuelle Situation flexibel reagierten. Dementsprechend musste sich auch die gesamte Programmplanung „in Grenzen“ halten. Das daraus resultierende Ergebnis war also zwar ein buntes Angebot von Bewegungsaktivität und anderen gesundheitsorientierten Tätigkeiten, das aber eher als eine „bestmögliche“ Alternative angesehen werden konnte, in der viel nicht ausgeschöpftes Potenzial lag.

#### *10.1.3 Projektorganisation*

Für die Projektorganisation wurde als erstes Bewertungsinstrument im Rahmen der Pilotstudie eine Befragung gewählt, in der aus zwei Bewertungsperspektiven, nämlich der Bewertung aus der Lehrerperspektive und dann der Bewer-

tung aus der Perspektive des Realisationsteams, gefragt wurde. Die Meinungen der beiden Seiten unterscheiden sich nur in wenigen Punkten. Insgesamt wurden die Organisation und der Ablauf der Woche sowohl von Lehrerinnen als auch von den Veranstaltern ähnlich beurteilt. Punktuell werden diese Feststellungen in Tab 18 dargestellt.

Tab. 18: *Zwei- Perspektiven Beurteilung der Pilotwoche*

<b>Bewertung aus der Lehrerperspektive</b>	<b>Bewertung aus der Perspektive des Realisationsteams</b>
<p><b>Allgemeine Eindrücke</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• anspruchsvolle Woche, Freude von Kindern, Spontaneität, Bereitschaft für Zusammenarbeit</li> <li>• angenehm „andere“ Woche</li> <li>• angenehme Atmosphäre in der ganzen Schule</li> </ul>	<p><b>Allgemeine Eindrücke</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine anspruchsvolle Woche, aber angenehme Atmosphäre</li> <li>• Zufriedenstellung durch die unkonventionelle Arbeit mit den Kindern, durchs „dabei zu sein“ und mitmachen</li> <li>• Verlegenheit über die unterschiedlichen Einstellungen der Lehrerinnen zu der Gesundheitswoche und der Arbeit des Realisationsteams</li> <li>• das Gefühl, dass manche Lehrerinnen das Projektprogramm im Unterricht als störenden Faktor fanden wirkt</li> </ul>
<p><b>Bedeutsamste Vorteile</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einbeziehung aller Kinder ins Programm</li> <li>• bessere Disziplin der Kinder während der Pausen und im Hort</li> <li>• erfolgreiche Aufklärung über die gesunde Ernährung</li> <li>• Bewusstwerden darüber, dass es kaum Bewegungspausen im Unterricht gibt</li> <li>• benutzen von untraditionellen Geräten bei Bewegungsaktivitäten</li> <li>• Freude an der Bewegung auch bei wenig körperlich leistungsfähigen Kindern</li> <li>• positive Reaktionen der Kinder zum Thema der gesunden Lebensweise</li> <li>• die Kinder haben besser ihr Körper wahrnehmen und pflegen können</li> <li>• die Kinder wurden selbstbewusster</li> </ul>	<p><b>Bedeutsamste Vorteile</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bereitschaft der Schulleitung, dieses Projekt in ihr Bildungsprogramm zu implementieren</li> <li>• die Möglichkeit eigene Themen und Entwürfe im Programm umzusetzen</li> <li>• positive Reaktionen der Kinder auf das Bewegungs- und Ernährungsprogramm</li> <li>• positive Reaktionen der meisten Lehrer- und Erzieherinnen auf das Projekt</li> </ul>

<b>Bewertung aus der Lehrerperspektive</b>	<b>Bewertung aus der Perspektive des Realisationsteams</b>
<p><b>Bedeutsamste Nachteile</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Enttäuschung der Kinder über die Tatsache, dass sie die untraditionellen Geräte nicht weiterhin in den Konsolidierungsphasen nutzen können</li> <li>• ungenügende Einbeziehung der Lehrerinnen in die Programmdurchführung</li> <li>• Bewegungspausen wurden nicht an den Lehrstoff der Unterrichtsstunde angepasst, was als störender Faktor für den Unterrichtsablauf diente</li> <li>• kaum Zusammenarbeit der Eltern mit der Schule</li> <li>• langfristig werden in den Konsolidierungsphasen manche Bewegungsangebote fehlen</li> </ul>	<p><b>Bedeutsamste Nachteile</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ungenügende Vorbereitung einiger Mitglieder des Realisationsteams auf die Projektwoche</li> <li>• obwohl in der Vorbereitungsphase organisierte Sitzung, dennoch mangelhafte Informiertheit der Lehrerinnen und Erzieherinnen über das Projektablauf</li> <li>• geringe Einbeziehung der Lehrerinnen in das Programm <sup>27</sup></li> <li>• geringe Zusammenarbeit der Familie, mit der Schule während der Woche, ihre mangelndes Interesse</li> <li>• Verhinderung der Teilnahme mancher Kinder an dem Programm <sup>28</sup></li> <li>• ungenügende Informiertheit der Eltern über das Projekt</li> </ul>

In den weiteren Phasen der Evaluation ging es darum, diese Informationen in die Schritte umzusetzen, die im Sinne der formativen Evaluation unternommen wurden. Die Ausgangspunkte für die Realisation der kommenden Gesundheitswochen waren also:

- besser und in einem sinnvollem Zeitrahmen die Eltern über das Projekt, seine Konzeption, Ziele und Inhalte zu informieren;
- klarer auch die Schüler und Schülerinnen über das Programm zu informieren;
- die Unterrichtsatmosphäre als „außerordentlich“ zu gestalten;
- das Programmkonzept rechtzeitig fertig zu stellen und das Lehrerinnenkollegium, sowohl in die Vorbereitungsphase, als auch in die Nachmittagskurse mehr einbeziehen;
- die Ergebnisse der einzelnen Wochen anschaulich präsentieren (Ausstellungen der Kinderwerke, Präsentation der Ergebnisse der Untersuchungen, sich in der örtlichen Zeitung vorstellen);

- das Wochenprogramm „korrigieren“ – durch weniger Untersuchungen mehr Zeitraum für Bewegung und andere gesundheitsorientierten Aktivitäten in einer lockeren Atmosphäre schaffen;
- die Möglichkeit eines Ausfluges in die Natur nutzen;
- Möglichkeiten suchen, wie man die Ausrüstung der Schule ergänzen kann.

Die *Outcomes* der Maßnahmen der formativen Evaluation für die Organisation des Projektes in diesem langfristigen Zeitabschnitt lassen sich in folgenden Punkten darstellen:

- Es wurden mehrere Sitzungen, Schulungen mit den Lehrerinnen organisiert, deren Inhalt vor allem intensivere Diskussionen zu dem Thema einer effektiveren Vorbereitung und Organisation (Rollenverteilung usw.) des Projektes waren.
- Es wurden auch konsequent die Gesundheitswochen- Angelegenheiten auf den Elternabenden mit den Eltern diskutiert.
- Die Rollenverteilung mit der Kompetenz für einzelne Aufgabenbereiche, wurde präzisiert. Es wurden verantwortliche Personen bestimmt, und zwar für:
  - die Inhalte der Gesundheitswochen (sowohl Unterrichts- als auch Nachmittagsprogramm),
  - für die „Personal- Belegung“,
  - für die Rolle des Informationsvermittlers zu den Eltern hin usw.

In der Untersuchungsplanung wurde der „ungestörte“ Ablauf der Woche berücksichtigt und die Untersuchungen eher in den Zeitraum nach den Gesundheitswochen eingeplant.

Im Bezug zu den ungenügenden Räumlichkeiten für Nachmittagskurse, wurde im Programm als Alternative immer ein Ausflug in die umgebende Natur genutzt.

Um die materielle Ausrüstung der Schule (also Sportgeräte) wurde eine konsequente Suche nach Stakeholdern (Sponsoren) eingeplant.

Nach jeder Gesundheitswoche wurden die Klassenzimmer und Gänge mit den Kinderwerken „geschmückt“; die Eltern wurden regelmäßig mit den Untersuchungsergebnissen bekannt gemacht.

Die Schule setzte sich in Kontakt mit der Redaktion der örtlichen Zeitung und konnte dadurch das laufende Projekt dort publizieren.

#### *10.1.4 Lehrpersonen/ pädagogische Hilfskräfte/ Fachleute*

Neben den Rahmenbedingungen lag im Fokus und im Interesse der Evaluation auch die Akzeptanz der pädagogischen Hilfskräfte und Fachleute aus der Sicht der Kinder, der Lehrer und der Eltern. Aufgrund zahlreicher Beobachtungen und Gespräche wurden alle extern angestellten Personen, sowohl im sozialen Bereich, als auch in den gesundheitsbezogenen Fragen, von allen anderen Beteiligten als sehr kompetent eingeschätzt und von den Kindern gut akzeptiert. Bei den Kindern galten sie sogar teilweise als Motivationsfaktor, was wiederum mit dem Effekt der sozialen Erwünschtheit eng korrespondiert.

#### *10.1.5 Die Nachfrage und Kosten – Nutzen - Relation*

Die Nachfrage kann man bei der Evaluation der Gesundheitswochen am Beispiel der Fallstudie nicht wirklich in Zusammenhang mit einer Kosten- Nutzen-Relation stellen, denn die Nachfrage nach den Gesundheitswochen war nur bedeutsam für die Wirksamkeitskriterien der Implementierung des Projektes. Die Nachfrage ist also als ein Interessens- und Motivationskriterium für die Teilnahme an dem Projekt zu beurteilen. Auch hier muss man dreiperspektivisch die ganze Sache betrachten. Aus der Sicht der Kinder und Lehrerinnen wurde eigentlich schon in der Anfangsphase über ihre Nachfrage entschieden und die blieb auch die ganze Evaluationszeit mehr oder weniger konstant. Nur bei den Eltern war dieses Kriterium eher als ein dynamisches zu sehen, bzw. als ein sich entwickelnder Prozess.

#### *10.1.6 Zugänglichkeit*

Die örtlichen Bedingungen, die im Dorf herrschen, wirkten sich auch auf das Schulleben aus. Zum Beispiel hatten nicht alle Kinder mit ihren Eltern die Möglichkeit, flexibel an der Schule anzukommen. So waren die Anfahrtswege der an



dem Projekt beteiligten Personen (ob Eltern, Kinder oder Personen, die als Hilfskräfte bei den Gesundheitswochen tätig waren) immer unterschiedlich und nicht immer optimal. Manche Kinder konnten sogar im Sinne einer gesunden Lebensweise mit dem Fahrrad zur Schule kommen, im Gegensatz zu anderen, die kaum die Möglichkeit hatten, Nachmittagskurse konsequent zu besuchen, oder sich anders an dem Programm zu beteiligen. Dies galt auch für ihre Eltern.

Problematisch erwies sich auch die Situation mit manchen Personen, die als fachbezogene Hilfskräfte angesprochen wurden. Aufgrund der Anfahrtswege musste auch ihre Teilnahme auf begrenzte Zeiträume festgelegt werden.

## **10.2 Ergebnisse zur Effektivität**

Die Ergebnisse der Fragestellung zur Wirksamkeit des Projektes, werden in drei Perspektiven gezeigt. Weil es um eine Einzelfallstudie geht, in der die Zahl der Probanden statistisch nicht bedeutsam ist, werden die folgenden Daten auch im Sinne einer qualitativen Analyse dargestellt.

### *10.2.1 Schülerperspektive*

#### 10.2.1.1 Bewegungsaktivität

Der Bewegungsaktivitätsfragebogen (BAF) wurde detailliert im Kap. 9.3.2.2.1 beschrieben. An dieser Stelle möchte ich gerne noch einmal erwähnen, dass es hier um subjektive Aussagen (Theorien) der befragten Schüler und Schülerinnen geht und diese dann als solche auch zu interpretieren sind. Die Befragungen wurden zwar einmal im Jahr durchgeführt, um den Effekt der „Erinnerung“ zu minimieren, dafür wurden die Kinder, wenn nicht unmittelbar, dann doch in einem nahen Zeithorizont nach der durchgeführten Gesundheitswoche befragt. Aufgrund dessen ist der Hawthorneffekt (vgl. Kap. 9.2) bei der Befragung nicht auszuschließen.

Nach Bortz und Dörig (vgl. Kap. 8.4.1) sind auch noch weitere Einflussfaktoren zu beachten. Das soziale Klima der Grundschule Brumovice war als hoch motivierend zu bezeichnen. Deswegen konnte auch in diesem Fall die Kooperationsbereitschaft der Schüler und Schülerinnen, vor allem in den niedrigeren Klassenstufen (1. – 2.), erwartet werden. Trotz der Maßnahmen, die für die

Standardisierung der Befragungsdurchführung realisiert wurden, muss man auch bei der Beurteilung des Effekts der sozialen Erwünschtheit im Bezug zu der Anonymität, die Größe der einzelnen Klassen in Betracht ziehen.

- Die Zeit der passiven Entspannung (Schlaf)

Mehr als die Hälfte der befragten Kinder steht regelmäßig unter der Woche um 7:00 auf. Die Zeitangaben für das Wochenende sind unterschiedlicher, da stehen die Kinder generell später auf. Was das Schlafengehen angeht, gaben die Kinder ziemlich einheitlich an, dass sie im Alltag zwischen 20.00 und 20.30 schlafen gehen, am Wochenende allerdings eine halbe Stunde später. Nach diesen Angaben kann man sehen, dass die Kinder durchschnittlich 10 Stunden täglich schlafen (s. Tab. 19, 20, 21 und 22).

Bei der Interpretation der Daten darf man jedoch nicht die Subjektivität der angegebenen Antworten und auch das Zeitbewusstsein der Kinder in den niedrigeren Klassenstufen unterschätzen. Zum angesprochenen Zeitbewusstsein, bzw. Zeitbegriff schreiben Rathsmann-Sponsel und Sponsel (2003, 9 Absatz) indem sie Hansen (1965, S. 288) zitieren:

„Die Klärung des Zeiterlebens muss an immer neuen, den Kindern bedeutsamen Zeitverläufen erfolgen, wozu das gemeinsame Leben und alles Handeln und Geschehen unbegrenzt viele Gelegenheiten bieten. Mit dem "Durchnehmen" der Uhr und des Kalenders ist das nicht getan.“

Bei genauem Durchdenken dieses Zitates kann man zur Einsicht kommen, dass die richtigen zeitlichen Bestimmungen eher von der inhaltlichen Bedeutsamkeit für das Kind, weniger von der verbalen Belehrung abhängig sind. Die analytische Differenzierung des Tages in Stunden, Minuten und Sekunden kann bei den Kindern ab 7. Lebensjahr beobachtet werden. Rahtsmann-Sponsel und Sponsel (2003, 11 Absatz) führt weiterhin an, dass die Entwicklung des Zeitbegriffs durch Lehren und Lernen gefördert werden kann, und dass z.B. die Zeitwahrnehmung, bei den Schulanfängern auf die heterogene Sozialisationsbedingungen hinweisen. In den Lehrplänen für die Grundschule im deutschen und tschechischen Raum wird der Zeitbegriff berücksichtigt (vgl. Schorch, 1982, S. 103; Kolektiv autorů, 2005). Die Einschätzung der Dauer von einer Sekunde

gelingt den Kindern erst ab 8. Lebensjahr (vgl. Goldstone und Goldfarb, 1966). Über die Einschätzung von längeren Zeitabschnitten innerhalb des Tagesablaufes, sind mir keine Studien bekannt.

Bezogen auf das oben genannte Konzept des Fragebogens bedeutet das, die Aussagekraft der Zeitangaben (Uhrzeit, Zeitlänge in weiteren Fragen) der Schüler und Schülerinnen Brumovice in diesem Fragebogen zu relativieren, und eher als ein subjektives Konstrukt, als eine objektive Tatsache zu beurteilen.

Tab. 19: *Frage 1. Um wie viel Uhr stehst du morgens auf?*

	<b>05:00 - 06:00</b> %	<b>06:00 - 07:00</b> %	<b>07:00 - 08:00</b> %
<b>1999 (n=53)</b>	21,2	26,9	51,9
<b>2001 (n=63)</b>	4,8	46,8	48,4
<b>2002 (n=52)</b>	0,0	51,0	49,0
<b>2003 (n=43)</b>	2,3	46,5	51,2

Tab. 20: *Frage 2. Um wie viel Uhr gehst du gewöhnlich schlafen?*

	<b>19:00 - 20:00</b> %	<b>20:00 - 21:00</b> %	<b>21:00 - 22:00</b> %
<b>1999 (n=53)</b>	9,4	60,4	30,2
<b>2001 (n=63)</b>	7,9	39,7	52,4
<b>2002 (n=52)</b>	13,4	30,8	55,8
<b>2003 (n=43)</b>	18,6	48,8	32,6

Tab. 21: *Frage 3. Um wie viel Uhr stehst du gewöhnlich am Wochenende auf?*

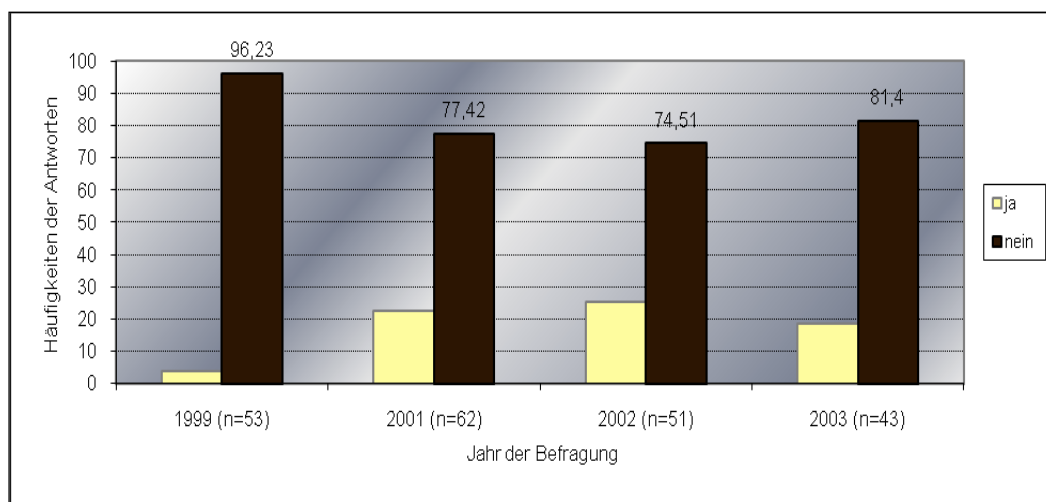
	<b>06:00 - 07:00</b> %	<b>07:00 - 08:00</b> %	<b>08:00 - später</b> %
<b>1999 (n=52)</b>	9,6	42,3	48,1
<b>2001 (n=52)</b>	12,7	40,4	46,9
<b>2002 (n=52)</b>	23,1	38,5	38,4
<b>2003 (n=43)</b>	20,9	25,6	53,5

Tab. 22: *Frage 4. Um wie viel Uhr gehst du am Wochenende schlafen?*

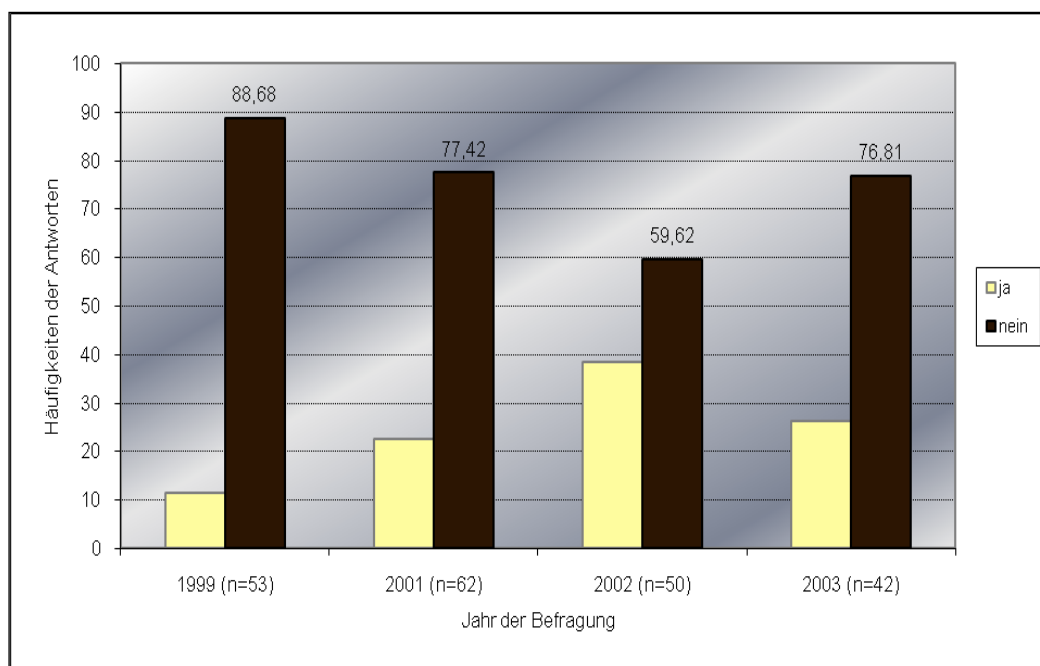
	<b>19:00 - 20:00</b> %	<b>20:00 - 21:00</b> %	<b>21:00 – später</b> %
<b>1999 (n=52)</b>	1,9	11,5	86,6
<b>2001 (n=52)</b>	4,8	17,7	77,5
<b>2002 (n=51)</b>	3,9	17,7	78,4
<b>2003 (n=43)</b>	0,0	16,3	83,7

- Die Morgen-, bzw. Abendgymnastik

Die meisten Kinder führten an, dass sie sowohl am Morgen als auch vor dem Einschlafen (während der Woche und am Wochenende) keine Übungen ausführen. Aus den Daten ist jedoch zu sehen, dass nach der Realisierung der Pilotwoche die Zahl der JA - Antworten gestiegen, im letzten Jahr der Längsschnittsstudie jedoch wieder gesunken ist. Die Tatsache, dass für das Wochenende die Häufigkeit der JA - Antworten größer ist, kann man auch dadurch erklären, dass die Kinder am Wochenende weniger Schulverpflichtungen haben.



**Abb. 11:** Frage 5: „Treibst du Morgengymnastik bevor du zur Schule gehst?“



**Abb. 12:** Frage 6: „Machst du körperliche Übungen bevor du schlafen gehst?“

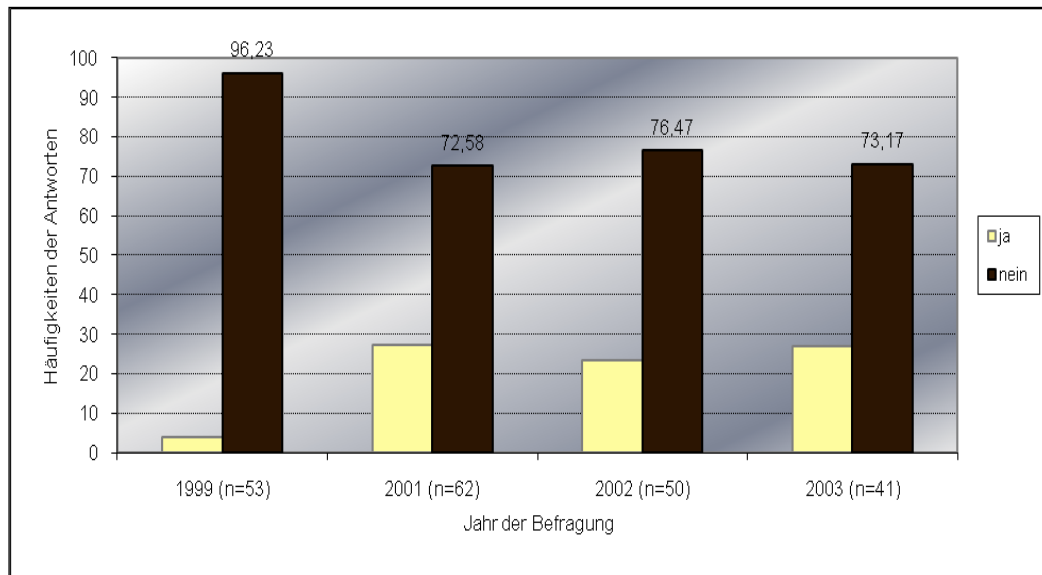


Abb. 13: Frage 7: „Treibst du Übungen am Samstag- oder Sonntagmorgen?“

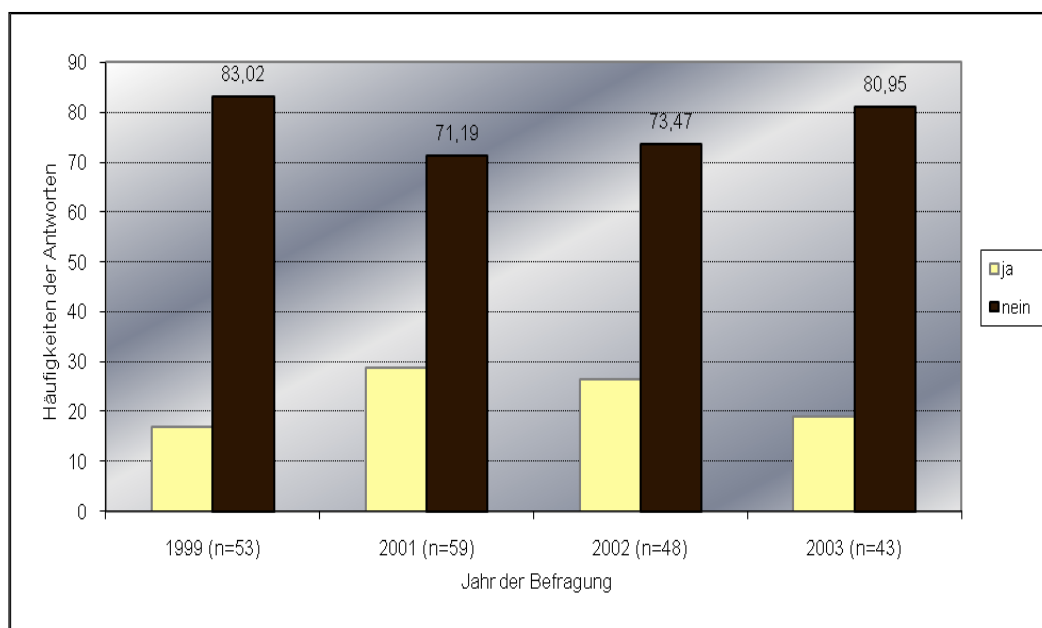


Abb. 14: Frage 8: „Treibst du Übungen am Samstag oder Sonntag bevor du schlafen gehst?“

Weiter hat mich interessiert, ob auch die familiäre Umgebung der Kinder an diesem Teil der Bewegungsaktivität beteiligt ist. Die Häufigkeiten der positiven Antworten kann darauf deuten, dass sich so ein „Übungsritual“ in der Familie tatsächlich etabliert hat. Es kann jedoch auch nur eine größere Bewusstheit der Schüler und Schülerinnen Brumovice über die Notwendigkeit einer gezielten Bewegungsaktivität im Alltag hindeuten. Allerdings darf man nicht den Effekt

der sozialen Erwünschtheit ausschließen. In der Frage 10 (Tab. 24) wird als „sparring partner“ für solche Übungen eher die Mutter genannt. Die Männer im Dorf sind die meiste Zeit in ihrem Beruf beschäftigt, die Frauen bleiben als Hausfrauen zu Hause und haben so häufigeren Kontakt mit den Kindern. Als Teilnehmer und Begleitpersonen der Schüler und Schülerinnen waren bei den Gesundheitswochen vor allem die Mütter zu beobachten. Mit Geschwistern führen die befragten Schüler und Schülerinnen weniger körperliche Übungen zu Hause durch. In den Fragen wurde nicht die Tatsache berücksichtigt, ob in der Familie beide Eltern anwesend sind. Es wurde auch nicht nach dem Alter und der Zahl der Geschwister der Schüler und Schülerinnen gefragt. Im Vergleich zu den Elternaussagen, habe ich die Kinder auch nicht nach der Häufigkeit der körperlichen Übungen, die sie mit ihren Eltern während der Woche zu Hause durchführen, gefragt. Zum Zeitpunkt der Befragungen, die allerdings nicht gleichmäßig aufeinander folgten, (Zeitraum im Frühjahr 2002), haben ca. 30% der befragten Kinder, und ca. 55% der befragten Eltern mit JA- Antwort geantwortet.

Tab. 23: *Frage 9 Treibst du Übungen mit deinen Eltern?*

	<b>Ja</b> %	<b>Nein</b> %
<b>2001 (n=63)</b>	25,4	74,6
<b>2002 (n=50)</b>	30,8	69,2
<b>2003 (n=43)</b>	61,9	38,1

Tab. 24: *Frage 10 Treibst du Übungen mit deiner Mutti oder mit deinem Papa?*

	<b>Mutter</b> %	<b>Vater</b> %	<b>Beide</b> %
<b>2001 (n=32)</b>	68,8	15,6	15,6
<b>2002 (n=27)</b>	66,7	11,1	22,2
<b>2003 (n=26)</b>	76,9	19,2	3,9

Tab. 25: Frage 11 Treibst du Übungen mit deinen Geschwistern?

	<b>Ja</b> %	<b>Nein</b> %
<b>2001 (n=59)</b>	27,1	72,9
<b>2002 (n=52)</b>	30,8	69,2
<b>2003 (n=41)</b>	31,7	68,3

Bei der Frage Nr. 12 (Abb. 15) wollte ich einen möglichen Transfer von Fertigkeiten und Kenntnissen, die während den Gesundheitswochen den Kindern vermittelt wurden, in ihr alltägliches Gesundheitshandeln erfassen. Die Ergebnisse zeigen einen moderaten Zuwachs an positiven Antworten, es überwiegen jedoch negative Antworten.

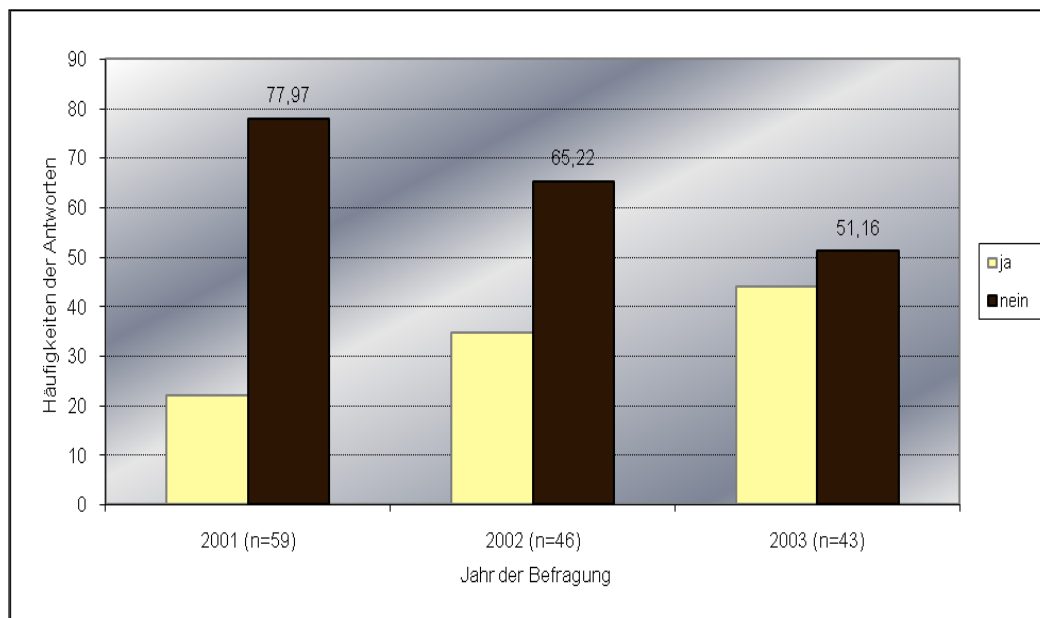


Abb. 15: Frage 12: Benutzt du dabei Übungen, die du während der Gesundheitswoche gelernt hast?

- Der Weg zur Schule

Dem Gehen/Spazieren als einer Art der Bewegung, wird von Fachleuten ein optimaler gesundheitlicher Effekt zugeschrieben. Entscheidend ist dabei selbstverständlich die Länge und Intensität der Bewegung. Unter diesem Aspekt wurde diese Frage gestellt.

Aus den Antworten kann man ersehen (vgl. Tab. 26 – 33), dass nur wenige Kinder zu oder aus der Schule mit dem Auto oder Fahrrad fahren, die meisten Kinder gehen zu Fuß. Der Fußmarsch zur Schule bewegt sich laut den Anga-

ben, im Bereich zwischen 3 und 60 Minuten, mit dem Fahrrad dauert die Anfahrt ca. 5 Minuten. Warum manche Eltern ihre Kinder zur Schule fahren, kann man mit den örtlichen Anfahrtsmöglichkeiten erklären. In den Fragen haben wir nicht die Möglichkeit berücksichtigt, dass manche Kinder mit dem Bus zur Schule fahren können. Manche Kinder wohnen in einem anderen Dorf und müssen deswegen zur Schule mit dem Bus oder Auto gefahren werden. Es wurde auch nicht der Grund der Anreiseart der Kinder genauer erfragt. Dies sollte als eine Orientierungsfeststellung dienen. Aus der Länge dieser festgestellten alltäglichen Bewegungsaktivitäten, kann man die qualitative Bedeutung und den Einfluss auf die Einstellung der Kinder zu ihrem Körperschema ersehe. Quantitativ hat diese Angabe jedoch eine geringe Aussagekraft bezüglich gesundheitsorientierter Effekte (z.B. Ausdauer, Leistungsfähigkeit), die die Bewegungsaktivität bringt.

Tab. 26: *Frage 13. Gehst du zur Schule zu Fuß?*

	<b>Ja</b> %	<b>Nein</b> %
<b>1999 (n=53)</b>	67,9	32,1

Tab. 27: *14. Wie lange dauert dein Weg zur Schule?*

	<b>3 - 10 Minuten</b> %	<b>10 - 20 Minuten</b> %	<b>20 - 60 Minuten</b> %
<b>1999 (n=47)</b>	34,0	55,3	10,7

Tab. 28: *Frage 15. Fährst du gewöhnlich mit dem Fahrrad zur Schule?*

	<b>Ja</b> %	<b>Nein</b> %
<b>1999 (n=52)</b>	9,6	90,4

Tab. 29: *Frage 16. Wie lange dauert der Weg zur Schule mit dem Fahrrad?*

	<b>1 - 5 Minuten</b> %	<b>5 - 10 Minuten</b> %	<b>10 - 20 Minuten</b> %
<b>1999 (n=23)</b>	34,8	43,5	21,7



Tab. 30.: *Frage 17. Fahren dich gewöhnlich die Eltern mit dem Auto zur Schule?*

	<b>Ja</b> %	<b>Nein</b> %
<b>1999 (n=53)</b>	13,2	86,8

Tab. 31: *Frage 18. Gehst du aus der Schule nach Hause zu Fuß?*

	<b>Ja</b> %	<b>Nein</b> %
<b>1999 (n=53)</b>	71,7	28,3

Tab. 32: *Frage 19. Fährst du am meisten aus der Schule nach Hause mit dem Fahrrad?*

	<b>Ja</b> %	<b>Nein</b> %
<b>1999 (n=53)</b>	88,7	11,3

Tab. 33: *Frage 20. Fahren dich gewöhnlich deine Eltern mit dem Auto nach Hause?*

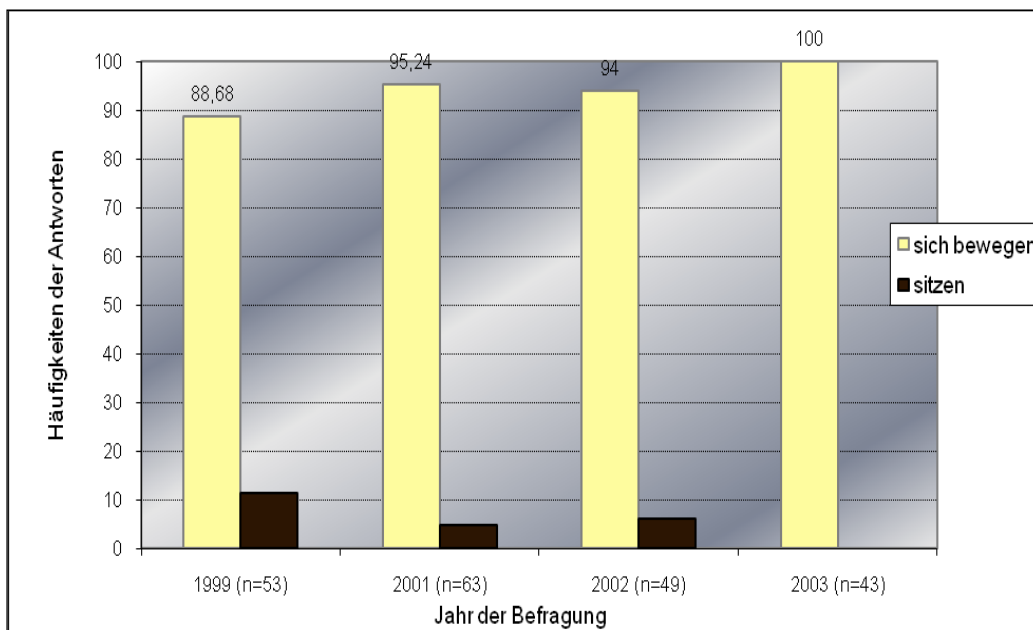
	<b>Ja</b> %	<b>Nein</b> %
<b>1999 (n=53)</b>	11,3	88,7

- Bewegungsaktivität in den Pausen und im Unterricht

Ausgehend von den ersten unbefriedigenden Ergebnissen von Körperhaltungstest der Pilotstudie (vgl. Zachrla, 2000) wurde anschließend in den Unterricht ein Mini - Programm implementiert, das sich mit der Problematik des gesunden Sitzens beschäftigte. In den Konsolidierungsphasen wurden den Lehrerinnen theoretische Grundlagen und methodische Materialien mit einem Pool von Bewegungspausen übergeben, die genau auf diese Thematik fokussieren. Während der Unterrichtshospitationen in den Konsolidierungsphasen (vgl. Kap. 10.2.4) wurde die Umsetzung des Mini – Programms beobachtet. Bei diesen Fragen haben mich dann die möglichen Effekte der Umsetzung des Mini – Programms interessiert, ob etwa die Schüler und Schülerinnen bewusst und aktiv auf die richtige Körperhaltung auch beim Sitzen achten.

Die freiwillige Wahl der Bewegungsaktivität in den Pausen sollte die Einstellung der Kinder zur Bewegungsaktivität aufzeigen.

Am Anfang der Befragung haben fast neunzig Prozent der Schüler und Schülerinnen geantwortet, dass sie sich am liebsten während den Pausen bewegen (vgl. Abb. 16). Bei der letzten Befragung haben alle Schüler und Schülerinnen eine Antwort im positiven Sinne genannt. Seit der Implementierung des Projektes in der Grundschule wurden auch die Pausen zwischen den Unterrichtsstunden kreativer und intensiver gestaltet. Es ist trotzdem nicht eindeutig zu interpretieren, ob dies mit den Effekten der Gesundheitswochen zusammen hängt oder nicht.



**Abb. 16:** Frage 21: „Wenn du die Möglichkeit zu wählen hast, was machst du am liebsten während der Pausen?“

Die Antworten auf die Frage Nr. 22 (Tab. 34) sind nicht prozentuell angegeben, weil es um eine Frage mit offenem Modus geht, und weil die Schüler und Schülerinnen in manchen Fällen mehrere Antworten genannt haben. Die meist genannten Kategorien werden in der Tabelle veranschaulicht.

*Tab. 34:* Frage 22 Was machst du, wenn du dich während des Unterrichts beim Sitzen müde fühlst?

<b>Antwort</b>	<b>2003 (n= 41) (Zahl der Nennungen)</b>
<b>Ich mache Übungen.</b>	13
<b>Ich singe.</b>	4
<b>Ich dehne mich.</b>	6
<b>Nichts.</b>	10
<b>Ich bewege mich</b>	3

Einzelnen haben die Kinder folgendes genannt:

- Ich male.
- Ich lege meinen Kopf auf die Bank.
- Ich gehe mein Gesicht waschen.
- Ich versuche die Müdigkeit zu überwinden.
- Ich bin widerlich.
- Ich nehme dann nichts wahr.
- Ich gehe zur Toilette.

Mit dieser Frage wollte ich die spontane Reaktion der Schüler auf diese Situation feststellen, also nach welchen Mitteln sie ganz natürlich und spontan greifen, wenn sie sich im Unterricht müde fühlen. Die Hälfte der Kinder wählt als Mittel gegen die Müdigkeit im Unterricht die Bewegung, was als positive Feststellung bezeichnet werden kann. Eine positive Beziehung zur Bewegungsaktivität der Schüler und Schülerinnen im Unterricht wird auch ersichtlich an den Ergebnissen der Fragen 23a und 24a (Abb. 17 u. 18). Die Nennungen, die ich einzeln anführe, müssen jedoch nicht nur als eine spontane Reaktion der Schüler und Schülerinnen interpretiert werden. Diese Nennungen können auch darauf hinweisen, dass die Frage nicht für alle Schüler und Schülerinnen eindeutig verständlich war.

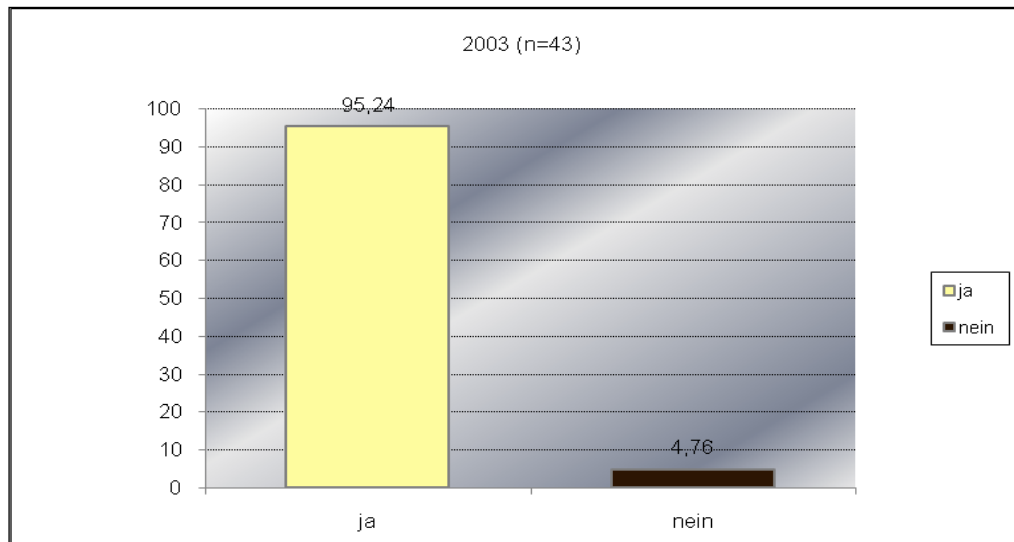


Abb. 17: Frage 23a: „Magst du die Bewegungspausen im Unterricht“?

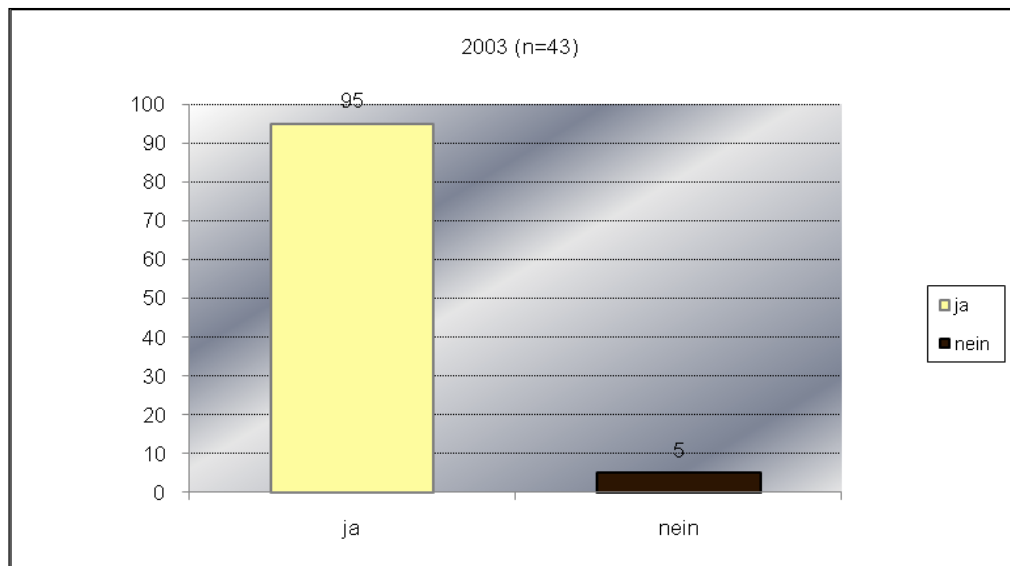


Abb. 18: Frage 24a: „Treibst du gerne körperliche Übungen im Unterricht?“

Es wurden die Gründe der Schüler und Schülerinnen erfragt, warum sie die Bewegungspausen, bzw. körperliche Übungen mögen oder nicht mögen (Frage 24b, Tab. 35). Bei beiden Fragen haben die Schüler und Schülerinnen (n=36) folgendes geäußert:

Tab. 35: Frage 24b „Treibst du gerne die körperlichen Übungen im Unterricht? Warum?“

Antwort	Zahl der Nennungen
Es ist gesund.	13
Ich kann mich dabei dehnen.	9
Es macht mir Spaß.	8
Weil wir nicht lernen müssen.	7
Es verbessert meine Laune.	7
Wir lachen dabei.	6
Ich kann mich bewegen.	5
Es tut uns gut.	3

Andere Aussagen, wie:

- Weil wenn, wir ständig sitzen, sind wir krumm und deswegen ist es besser sich zu dehnen.
- Ich muss nicht schreiben.
- Weil ich nicht mag, ständig zu sitzen.
- Weil ich etwas mit dem Körper mache.
- Um mich ein bisschen „frisch“ zu machen.
- Ich kann mich danach besser konzentrieren.
- Ja, ich bewege mich gerne, am liebsten während der Gesundheitswoche.
- Weil es mir gefällt.

erschieden nur einzeln. Die Äußerung „Es ist gesund.“ wäre ganz eindeutig zu interpretieren, wenn ich die subjektive Theorie der befragten Kinder zum Begriff Gesundheit mit der Frage „Was stellst du dir unter dem Wort „Gesundheit“ vor?“ gestellt hätte.

Die Antworten zeigen, dass den Schülern und Schülerinnen die positive Wirkung der „Körperarbeit“ auf ihr Wohlbefinden bewusst ist. Die NEIN- Antworten wurden von den Schülern und Schülerinnen nicht begründet.

Tab. 36: Frage 25a. Welche Körperposition wählst du am liebsten bei der Arbeit auf dem Boden?

Antwort	2003 (n=43) (Zahl der Nennungen)
Ich liege.	31
Ich sitze.	8

Zu der Frage 25a (Tab. 36) haben manche Kinder einzeln angegeben, dass sie gerne knien, sich gerne bewegen, Jogaübung machen, gerne spielen, dass sie solche Körperposition wählen, wie sie momentan wollen. Ein Kind führte an, es liebe während der Arbeit Kopfstand am Boden zu machen. Warum sie solche Position wählen beschreiben folgende Aussagen (Tab. 37):

Tab. 37: *Zusatzantworten zur Frage 25a.*

<b>Antwort</b>	<b>Zahl der Nennungen</b>
<b>Ich entspanne mich.</b>	13
<b>Es ist bequem.</b>	4
<b>Mein Rücken wird dadurch gerade.</b>	4
<b>Es tut mir gut. / Es ist gut.</b>	4
<b>Es gefällt mir. / Es macht mir Spaß.</b>	4
<b>Mein Rücken tut mir nicht weh.</b>	2

Der Frage Nr. 26a „Gefällt dir das Arbeiten auf dem Boden“ haben 97,67 % der befragten Kinder (n=42) zugestimmt, 1 Kind antwortete „ich weiß nicht“. Als Begründung für die positive Antwort führten die Kinder folgendes an (Frage 26b, Tab. 38):

Tab. 38: *Frage 26b: Warum wählst du solche Position?*

<b>Antwort</b>	<b>Zahl der Nennungen</b>
<b>Es macht Spaß.</b>	8
<b>Wir sind alle dabei.</b>	5
<b>Ich entspanne mich.</b>	4
<b>Wir helfen einander.</b>	4
<b>Ich sitze nicht gern.</b>	3
<b>Es ist besser als etwas in der Bank zu schreiben.</b>	3
<b>Es ist schön.</b>	2

Einzeln wurden auch noch solche Gründe genannt:

- Es ist gut für meinen Körper.
- Ich kann mich dehnen.
- Wir spielen.

Auch bei diesen Fragen konnte ich merken, dass die Schüler und Schülerinnen die Zusammenhänge zwischen Bewegung und ihrem Körperschema wahrnehmen und ihr Wissen, bzw. Empfinden auch dementsprechend in den Unter-

richtsstunden umsetzen (vgl. Tab. 39, 40). Ihre Antworten weisen auf eine soziale Bewusstheit, die die bewegungsorientierte Unterrichtsweise mit sich bringt.

Tab. 39: *Frage 27 Welche Körperposition wählst du am meisten während du in der Bank sitzt?*

Antwort	Zahl der Nennungen
<b>Ich sitze.</b>	18
<b>Ich sitze u. schreibe.</b>	6
<b>Ich sitze, weil ich muss.</b>	8
<b>Ich lege meinen Kopf auf die Bank.</b>	4
<b>Ich knie und richte meinen Rücken auf, so tut es mir gut.</b>	2
<b>Ich sitze gerade, damit mein Rücken nicht krumm wird.</b>	2

Einzelnen haben die Schüler und Schülerinnen noch angeführt:

- Ich schauke mit dem Stuhl, weil ich mich so bewegen kann.
- Ich sitze, weil es mir gut tut.
- Ich sitze ein bisschen krumm, weil ich müde bin.
- Wie in der Kneipe.

Mit der Frage 27 wollte ich feststellen, ob die Kinder ganz spontan und bewusst eine richtige Körperhaltung beim Sitzen zeigen würden. Es hat mich interessiert, ob das durch die Lehrerinnen in den Konsolidierungsphasen und durch das intensive Programm in den Gesundheitswochen vermittelte Wissen und Können in das Gesundheitshandeln der Kinder übertragen worden ist. Mein Vorhaben hat sich jedoch nicht bestätigt, die meisten Schüler und Schülerinnen antworteten in einem „praktischen“ Sinne – „*Ich sitze.*“, also ohne die Betonung auf eine optimale physiologische Sitzposition zu deuten. Nur wenige Kinder haben sich bewusst zu den Gesundheitsaspekten eines richtigen Sitzens geäußert. Zu diesen Äußerungen zähle ich auch die Aussagen über ihr Wohlbefinden.

Tab. 40: *Frage 28 Wie würde deine ideale Unterrichtsstunde aussehen?*

<b>Antwort</b>	<b>Zahl der Nennungen (n=40)</b>
<b>Wechsel von Lernen und Übungen.</b>	10
<b>Immer Sportunterricht haben.</b>	7
<b>Andere Fächer mehrmals pro Woche haben.</b>	11
<b>Tanzen.</b>	2
<b>Normal.</b>	2
<b>So wie sie ist.</b>	2
<b>Arbeiten und spielen auf dem Boden.</b>	2

Einzelantworten zu diesem Thema:

- Ich möchte mehr lachen.
- Ich möchte Spaß haben.
- Singen.
- Mit Gesundheitswoche – die Kinder würden gerade sitzen, auf em Boden und in der Gruppe arbeiten.
- Wenn Gesundheitswoche da wäre, könnten wir auf den großen Bällen sitzen und etwas über Gesundheit, Gemüse und Obst lernen. Die Pausen wären länger.
- Ich weiß es nicht.
- Mit PC.

Ähnlich kann man auch die Stellung dieser Frage begründen. Hier ging es allerdings um eine spontane und bewusste Äußerung über die Bewegungsaktivität, bzw. über die gesundheitsorientierten Aktivitäten, mit denen die Schüler und Schülerinnen während der gesamten Projektphasen konfrontiert wurden. Ich wollte also wissen, ob die Schüler und Schülerinnen eigenständig ihre „ideale Unterrichtsstunde“ mit Bewegungs- oder anderen gesundheitsorientierten Aktivitäten verbinden, also, ob sich diese Thematik ihnen bewusst eingeprägt hat. Ihre Vorstellung hat ca. die Hälfte der befragten Kinder in diesem Sinne beantwortet. Nur eine Schülerin hat sich zur Gesundheitsproblematik geäußert, und zwar hat sie diese in Verbindung mit der Gesundheitswoche gebracht. Inwieweit diese Antwort der Wirklichkeit entspricht und inwieweit sich hier der Effekt der sozialen Gewünschtheit widerspiegelt, bleibt jedoch zu diskutieren.



- Freizeit und Bewegung

Die Schwankungen der Zeitlängeangaben in den einzelnen Jahren, kann ich durch eine jeweils aktuelle Motivation der Schüler und Schülerinnen begründen, oder auch durch die aktuelle Bezogenheit ihrer Einschätzung zu den jeweiligen Jahreszeiten, oder der jeweiligen Witterung. Dies zeigt sich auch bei den qualitativen Angaben zur Art der Bewegungsaktivität. Die meisten Schüler und Schülerinnen führten an, dass sie bei schlechtem Wetter, ihre Freizeit zu Hause beim Computerspielen, Lesen oder Fernsehen verbringen. Ein minimales Angebot an Freizeitaktivität im Dorf unterstreicht diese Tendenz.

Wie man der Tab. 41 entnehmen kann, bewegen sich die Kinder nach ihren Angaben täglich zwischen 60 Minuten und 2 - 3 Stunden. Was die Qualität ihrer Freizeitbeschäftigung anbelangt, so stehen die bewegungsorientierten Aktivitäten im Freien an erster Stelle. Dann folgen Computerspiele und Fernsehen. Am Wochenende ist die Qualität der Freizeitaktivität ähnlich (vgl. Tab. 42 und 43.).

Tab. 41: *Frage 29 Falls du dich in deiner Freizeit gerne bewegst (z.B. draußen), wie viele Minuten täglich sind das?*

	<b>10 - 60 Minuten</b> %	<b>60 - 120 Minuten</b> %	<b>≥120 Minuten</b> %
<b>1999 (n=52)</b>	7,6	26,9	65,5
<b>2001 (n=55)</b>	10,9	29,1	60,0
<b>2002 (n=47)</b>	0,0	4,3	95,7
<b>2003 (n=47)</b>	11,6	27,9	60,5

Tab. 42: *Frage 33 Schreibe, bitte, wie du am liebsten deine Freizeit in der Woche verbringst, wenn du nicht Hausaufgaben machen oder lernen musst.*

	<b>2001 (n=63)</b> (Zahl der Nennungen)	<b>2002 (n=52)</b> (Zahl der Nennungen)	<b>2003 (n=43)</b> (Zahl der Nennungen)
<b>spielen draußen (mit Freunden)</b>	39	22	22
<b>Radfahren</b>	19	15	4
<b>TV schauen/PC Spiele</b>	9	5	10
<b>undefiniertes Spielen</b>	5	2	7
<b>Eltern helfen/ mit Eltern spazieren gehen</b>	6	3	0

Tab. 43: *Frage 37 Schreibe, bitte, wie du am liebsten deine Freizeit am Wochenende verbringst, wenn die nicht die Hausaufgaben machen oder lernen musst.*

	2001 (n=63) (Zahl der Nennungen)	2002 (n=52) (Zahl der Nennungen)	2003 (n=43) (Zahl der Nennungen)
<b>spielen draußen (mit Freunden)</b>	39	36	24
<b>Radfahren</b>	15	12	7
<b>TV schauen/PC Spiele</b>	18	14	6
<b>undefiniertes Spielen</b>	9	8	5
<b>Eltern helfen/ mit Eltern spazieren gehen</b>	13	13	4
<b>Sport/ Übungen/ Tanzen/ Schwimmen</b>	14	16	11
<b>Lesen/ Singen/ Malen/ Musik hören (spielen)</b>	11	3	1
<b>ich langweile mich</b>	0	0	0
<b>mit dem Hund Spazieren</b>	0	1	1
<b>ich entspanne mich</b>	0	1	0

Die meisten Kinder helfen während der Woche den Eltern im Haushalt, am Wochenende jedoch weniger (Abb. 19, 20). Der Grund für letzteres kann die „andere“ Freizeitbeschäftigung sein, die sich in einem ausgedehnteren Verweilen im Freien gemeinsam entweder mit den Eltern oder in den Peergruppen zeigt. Die Art der Haushaltsarbeit (leicht, schwerer, beide) ist ungefähr gleichmäßig verteilt.

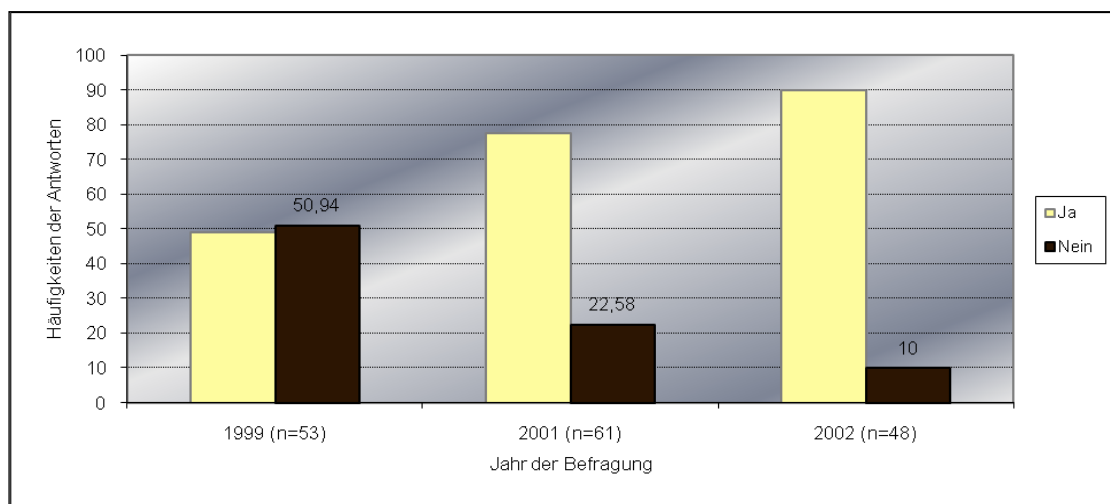


Abb. 19: Frage 30 „Hilfst du regelmäßig deinen Eltern bei den Haushaltarbeiten?“

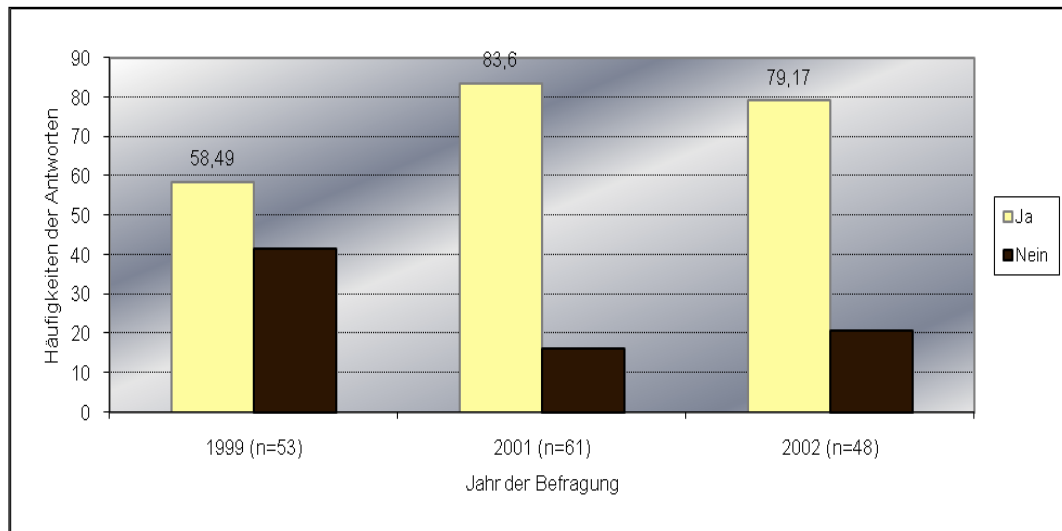


Abb. 20: Frage 34 „Hilfst du am Wochenende regelmäßig deinen Eltern bei den Haushaltarbeiten?“

Tab. 44: Frage 31 Wenn ja, wie viele Minuten sind es täglich?

	5 - 20 Minuten %	20 - 60 Minuten %	60 Minuten %
<b>1999 (n=33)</b>	42,4	45,5	12,1
<b>2001 (n=49)</b>	26,5	40,8	32,7
<b>2002 (n=39)</b>	12,8	25,6	61,5

Tab. 45: Frage 32 Ist das gewöhnlich leichtere Arbeit (z.B. Abspülen), oder schwerere Arbeit (z.B. im Garten)?

	Leichter %	Schwerer %	Beide %
<b>1999 (n=49)</b>	71,1	28,9	fehlt
<b>2001 (n=58)</b>	43,1	32,8	24,1
<b>2002 (n=51)</b>	35,3	35,3	29,4

Tab. 46: Frage 35 Wenn ja, wie viele Minuten sind das täglich?

	5 - 20 Minuten %	20 - 60 Minuten %	60 Minuten %
<b>1999 (n=33)</b>	42,4	45,5	12,1
<b>2001 (n=49)</b>	26,5	40,8	32,7
<b>2002 (n=39)</b>	12,8	25,7	61,5

- Einstellung der Kinder zur Bewegungsaktivität

Vor der Pilotwoche war die Häufigkeit der JA – Antworten auf die Frage „Bewegst du dich gerne?“ (Abb. 21) am höchsten. In den folgenden Jahren ist die

Häufigkeit der JA – Antworten zurückgegangen, jedoch ist noch eine konstante Tendenz zu beobachten. Diese Schwankungen in den Häufigkeiten der Antworten sind auf die aktuellen externen Umstände zurückzuführen, also Witterung, Jahreszeit, soziales Klima, indem sich das Kind zum Zeitpunkt der Befragung befunden hat. Zu berücksichtigen ist es auch, in welchem Kontext die Kinder diese Frage aufgenommen haben, also ob sie darunter eher selbständiges Freizeitbewegen oder Arbeiten im Haushalt verstanden haben. Denn die Abb. 22 zeigt eine steigende Tendenz in den JA – Antworten und eine sinkende in den NEIN - Antworten.

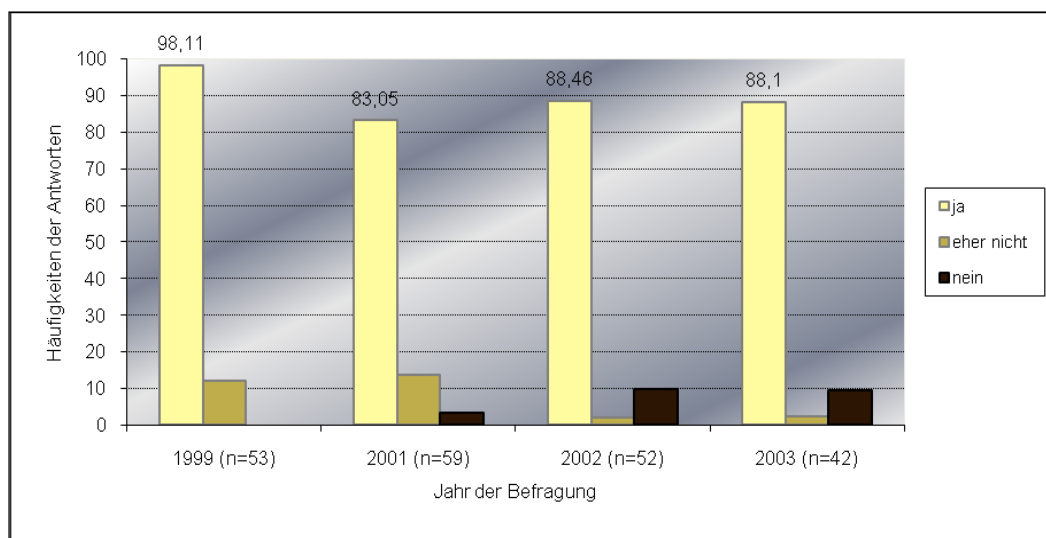


Abb. 21: Frage 38: „Bewegst du dich gerne?“

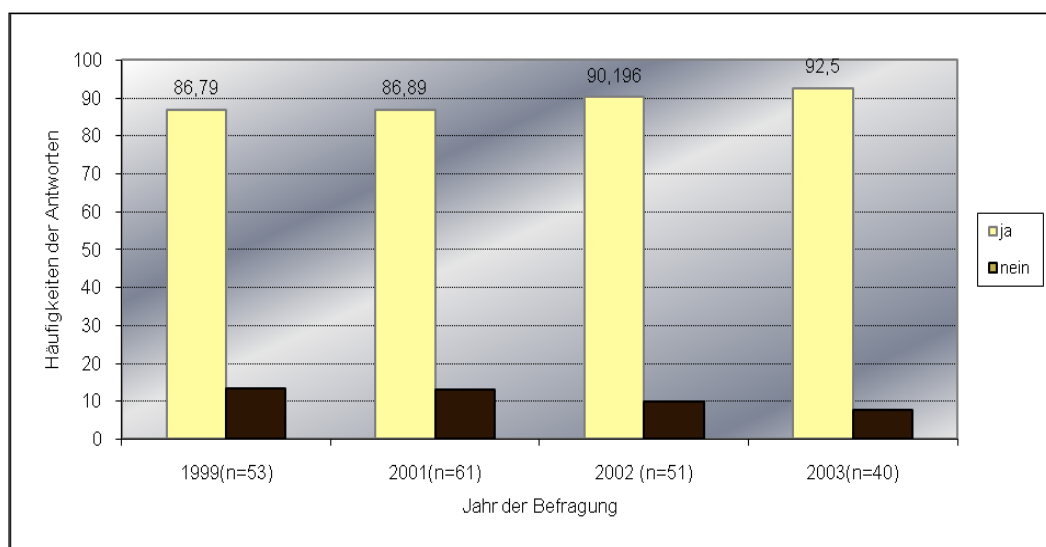


Abb. 22: Frage 39: Wenn du mehr Zeit hättest, würdest du dich mehr und öfters bewegen?

Die Beliebtheit der angegebenen Sport- und Bewegungsaktivitäten korrespondiert mit den mangelnden räumlichen und materiellen Bedingungen und dem unausreichenden Bewegungsangebot des Dorfes. Als traditionelle Sportart wurde hier Fußball in den Kategorien Jugendliche und Erwachsene gespielt und zwar auf dem einzigen Sportplatz, der zur Verfügung steht. Im Jahr 2002 haben die Schüler und Schülerinnen häufiger das Schwimmen genannt. Dies kann man sich so erklären, dass in diesem Jahr hat die Grundschule Brumovice für ihre Schüler und Schülerinnen einen Schwimmkurs in der Nachbarstadt eingerichtet hat.

Tab. 47: *Frage 40 Schreibe, bitte, welche Sportart oder Bewegungsaktivität dir am meisten gefällt.*

	<b>2001 (n=57)</b> <b>Zahl der Nennungen</b>	<b>2002 (n=51)</b> <b>Zahl der Nennungen</b>	<b>2003 (n=39)</b> <b>Zahl der Nennungen</b>
<b>Schwimmen</b>	5	14	6
<b>Fußball</b>	14	15	9
<b>Radfahren</b>	16	11	6
<b>Andere Ballspiele</b>	13	4	8
<b>Laufen</b>	17	7	5
<b>Aerobic und Tanz</b>	4	5	6
<b>Klettern</b>	0	0	2

Tab. 48: *Frage 41 Was stellst du dir alles vor, wenn man "Bewegungsaktivität" sagt?*

<b>Antwort</b>	<b>2002 (n=50)</b> <b>Zahl der Nennungen</b>
<b>Übungen machen</b>	17
<b>Spielen</b>	15
<b>Sport / Sport treiben</b>	13
<b>Laufen</b>	7
<b>Radfahren</b>	7
<b>Ballspiele</b>	5

Den Begriff „Bewegungsaktivität“ haben die meisten befragten Kinder ihren Erfahrungen nach, mit Übungen, Sport und Spielen verbunden.

- Einstellung der Kinder zur Gesundheitswoche

Im Jahr 1999 wurde diese Frage innerhalb eines anderen Fragebogens mit anderem Antwortenmodus gestellt. Dazu hat 64 (94%) Kinder JA – Antwort, 4 (6%) Kinder NEIN – Antwort genannt, ein Kind hat diese Frage mit allen Ant-

wortmöglichkeiten (JA, NEIN, ICH WEISS NICHT) beantwortet. Die Gesundheitswochen sind bei den Kindern beliebt (vgl. Abb. 23).

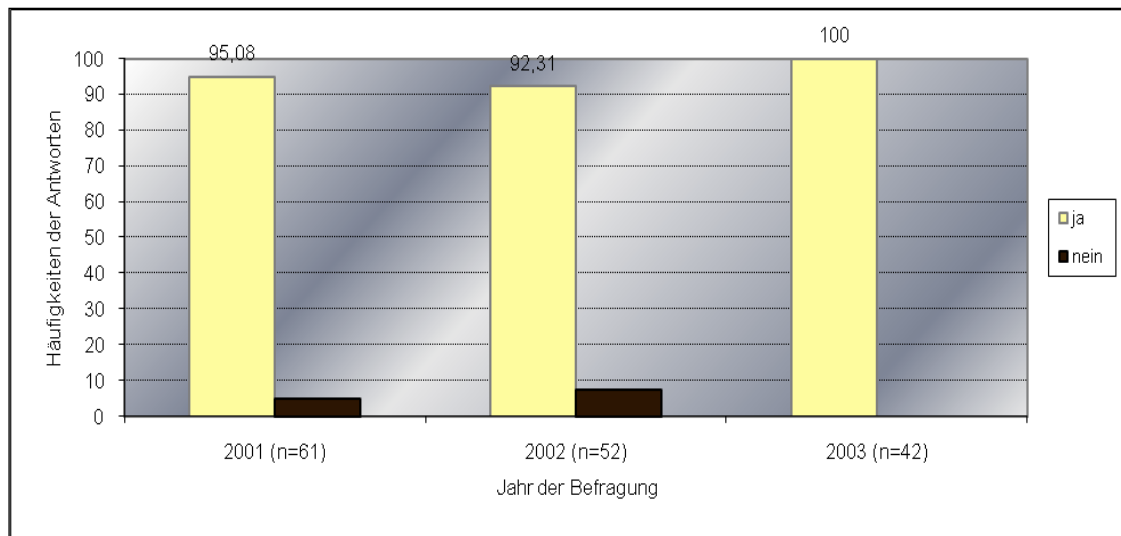


Abb. 23: Frage 42a Gefällt dir die Gesundheitswoche?

Aus der Sicht der Kinder bedeuten die Gesundheitswochen vor allem viel Bewegung, Spiel und Spaß (Tab. 49 und 50), was mit der Zielsetzung des Projektes übereinstimmt (vgl. Kap. 7.2).

Tab. 49: Frage 42b Warum?

Antwort	2001 (n=47) Zahl der Nennungen	2002 (n=45) Zahl der Nennungen	2003 (n=31) Zahl der Nennungen
<b>Spielen</b>	9	17	8
<b>Viel Bewegung</b>	10	14	19
<b>Viel Spaß</b>	6	4	8
<b>Es ist gesund</b>	4	1	1
<b>Neue Kenntnisse</b>	3	1	1
<b>Weniger Aufgaben / Lernen</b>	nicht genannt	nicht genannt	5

Tab. 50: Frage 45 Was bedeutet für dich Gesundheitswoche?

Antwort	2003 (n=40) Zahl der Nennungen
<b>Sport/Bewegung</b>	18
<b>Spaß</b>	7
<b>Wohlfühlen</b>	6
<b>etwas Gutes</b>	4
<b>Gesundheit</b>	2
<b>Das Programm gefällt mir.</b>	2

Die Nachhaltigkeit der Wirkung von körperlichen Übungen, für das gesundheitsorientierte Handeln der Schüler und Schülerinnen in ihrem Alltag, die als Teil des Gesundheitswochenprogramms praktiziert wurden (Entspannungsübungen, Dehnübungen), kann man nicht plausibel beweisen. In beiden Befragungszeitpunkten haben die meisten Kinder den Einsatz solcher Übungen als eine Widerstandsressource verneint (vgl. Tab. 51).

Tab. 51: *Frage 43 Wenn du dich nicht wohl fühlst oder irgendwelche Beschwerden hast, benutzt du Übungen, die du in der Gesundheitswoche gelernt hast, damit es dir besser geht?*

	<b>2001 (n=59)</b> %	<b>2002 (n=50)</b> %
<b>Ja</b>	45,8	38,0
<b>Nein</b>	54,2	62,0

Zum Thema der selbstständigen gesundheitsorientierten Handlungsfähigkeit (vgl. Kap. 4) wurde auch die folgende Frage in den Fragebogen eingeordnet.

Tab. 52: *44 Möchtest du für die nächste Gesundheitswoche dein eigenes Bewegungsprogramm zusammenstellen?*

	<b>2001 (n=60)</b> %	<b>2002 (n=50)</b> %
<b>Ja</b>	36,7	48,0
<b>Nein</b>	63,3	52,0

### *Zusammenfassung*

Diese Befragung wurde als Längsschnittstudie geplant. In einjährigen Abständen wurden die alltägliche Bewegungsaktivität der Kinder aus ihrer subjektiven Sicht und ihre Einstellungen zur Bewegungsaktivität erfragt. Aus den vorstehenden Daten ist es nicht immer möglich, eindeutige Kausalitäten und Erklärungen „herauszufiltern“. Bezogen auf die Konstrukte, die im Hintergrund der Befragung stehen, fasse ich jedoch die Ergebnisse folgendermaßen zusammen:

- Die Schüler und Schülerinnen der Grundschule Brumovice haben einen regelmäßigen Rhythmus und einen eher optimalen Umfang der passiven Entspannung.
- Im Verlauf der Längsschnittstudie waren die Antworttendenzen zum Konstrukt „Morgen- und Abendgymnastik“ schwankend, insgesamt lie-

gen sie aber im positiven Bereich. Laut ihren Aussagen, teilt die Mehrheit der befragten Kinder gezielte Bewegungsaktivität in ihren Alltag ein.

- Das Konstrukt „Der Weg zur Schule“ wurde nur einmalig befragt und es hat sich herausgestellt, dass die meisten Kinder zu Fuß zur Schule kommen. Das Gehen/Spazieren als eine Art der Bewegung, wird von Fachleuten durch seine optimalen gesundheitlichen Effekten sehr geschätzt. Entscheidend ist dabei selbstverständlich die Länge und Intensität der Bewegung. Unter diesem Aspekt wurde diese Frage auch gestellt.
- Die Bewegungsaktivität im Unterricht, ob durch Bewegungspausen, Bewegungsaktivität während der großen Pause oder durch bewegungsorientierte Unterrichtsweise wird von den Kindern überwiegend positiv wahrgenommen.
- Die Gestaltung der Bewegungsaktivität der Kinder in ihrer Freizeit zeigt während der gesamten Evaluationszeitspanne positive Tendenzen. Das bedeutet, dass die Kinder, laut ihren subjektiven Einschätzungen sich länger am Tag bewegen. Aus den Antworten über ihre Hilfe im Haushalt lässt sich ableiten, dass sie für solche Tätigkeit mehr sensibilisiert worden sind.
- Die Einstellung der Kinder zur Bewegungsaktivität äußert sich auch durch positive Werte. Sie bewegen sich gerne und wenn es mehr Möglichkeiten dazu gäbe, würden sie sich mehr und öfters bewegen. Schwankungen in manchen Datenangaben (z.B. im Jahr 1999 vs. 2003) lässt sich durch aktuelles soziales Klima in ihrem sozialen Umfeld und auch durch das aktuelle Bewegungsangebot der Schule und des Dorfes.
- Die befragten Kinder stellen sich positiv zu dem implementierten Projekt Gesundheitswochen und in einem größeren Maße nutzen sie die erlernten und erlebten Übungen als Bewältigungsstrategie. Auch würden sie gerne, aufgrund der Impulse, die die Gesundheitswochen mit sich bringen, ein selbstgestaltetes Bewegungsprogramm realisieren.



### 10.2.1.2 Leistungsfähigkeit

Die Messwerte werden in Stens (Summenscore) verarbeitet und es wird ein Vergleich mit den Normen der durchschnittlichen Population im Rahmen eines T- Tests angestellt.

Für die Auswertung der Daten wurde eine 10-Punktenorm benutzt. Laut Měkota und Kovář (1996, S. 44) liegt dieser Norm das „Prinzip der statistischen Normalität“ zu Grunde. Der Normalität entsprechen dann die Werte, die sich ca. auf der Ebene der durchschnittlichen Population bewegen. Werte, die von dem Durchschnitt stark abweichen können als neutral, positiv oder negativ beurteilt werden. Die Bewertung des Testskore eines Probanden basiert auf der Feststellung der Standartabweichung von der durchschnittlichen Population oder des Median.

Bei der 10-Punktenorm wird die Skala von 1-10 Punkten (Stens – „S“) eingesetzt. Der arithmetische Durchschnitt entspricht 5,5 Punkten, wobei die Differenz zwischen den einzelnen Punkten 0,5 S. Kein der Ergebnisse darf mit 0 Punkte bewertet werden. Das *Skore* einer Testbatterie „B“ stellt die Summe einzelner S.

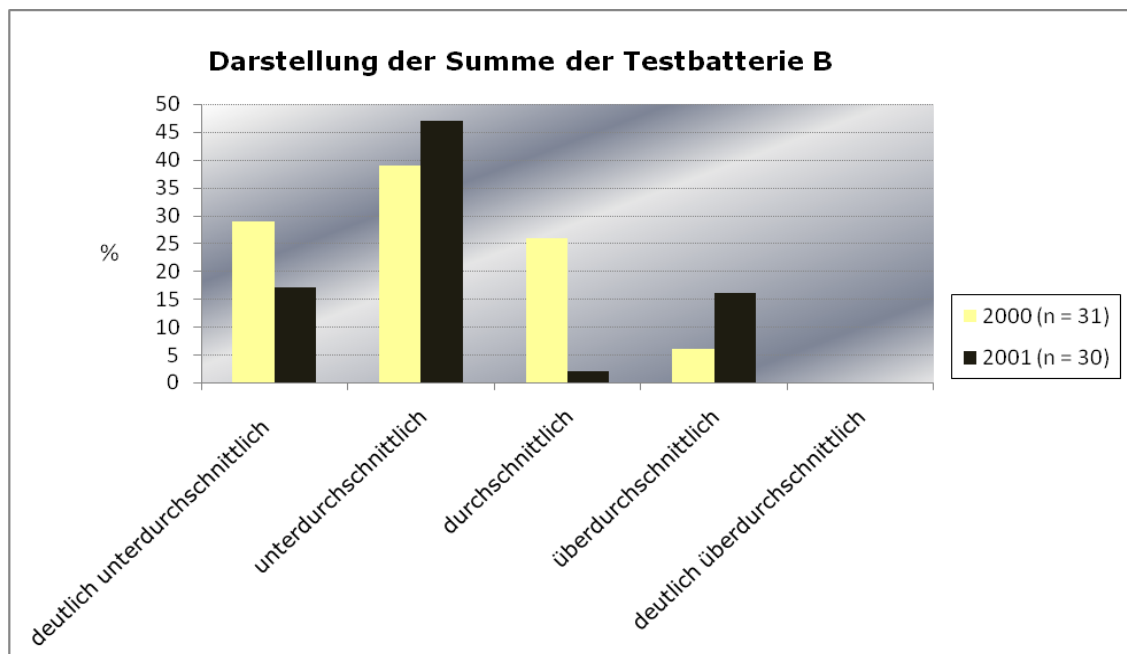
$$\mathbf{B = S1 + S2 + S3 + S4}$$

Die Häufigkeiten unterliegen einer normalen Verteilung und das entworfene Modell hat einen Kompensationscharakter. So kann man ein schlechteres Ergebnis des Tests 1 mit einem besseren Ergebnis des Tests 2 kompensieren. Die folgende Tabelle bietet die Möglichkeit an, wie man die Summe der einzelnen S interpretieren kann. Tabelle 53 stellt eine übersichtliche und der pädagogischen Praxis nah stehende Interpretierungsmöglichkeit dar:

Tab. 53: *Auswertung der 10-Punkteskala. Modifiziert nach Měkota und Kovář (1996, 45).*

Summe der Testbatterie	Bewertung	Erscheinung in der Population (%)
04 - 14	deutlich unterdurchschnittlich	7
15 - 19	unterdurchschnittlich	24
20 - 24	durchschnittlich	38
25 - 29	überdurchschnittlich	24
30 - 40	deutlich überdurchschnittlich	7

Die prozentuelle Darstellung der Bewertung des Skores der Testbatterie **B** zeigt, dass sich während eines Jahres das Niveau der motorischen Leistungsfähigkeit der ausgewählten Probandengruppe zu Gunsten der Durchschnittlichkeit verschoben hat, insgesamt bleibt es jedoch auf der Ebene der durchschnittlichen bis unterdurchschnittlichen Werte. Das Erscheinen der überdurchschnittlichen Testergebnisse bei dem zweiten Unifittest, bzw. das Fehlen solcher Werte bei dem ersten Unifittest ist dadurch verursacht, dass manche Schüler entweder gar nicht oder unvollständig den ersten Unifittest absolviert haben, wobei es gerade bei diesen Schülern anzunehmen war, dass sie auch während des ersten Unifittests überdurchschnittliche Werte erreichen haben können (vgl. Abb. 24).



*Abb. 24:* Prozentuelle Darstellung der Summe der Testbatterie B

Aus den Tabellen 54 und 55 ist herauszulesen, dass sich bei den einzelnen Tests die Gesamtwerte minimal positiv verändert haben, die jedoch keinen signifikanten Charakter aufweisen. Signifikanz konnte bei den Werten der somatischen Messungen festgestellt werden, also bei der Körpergröße und dem BMI. Diese Veränderungen entsprechen den somatischen Entwicklungstendenzen dieser Altersgruppe (vgl. Měkota und Kovář, 1996, 85f). Eine minimale Verbesserung der Ergebnisse bei Sit-ups kann jedoch darauf deuten, dass die Bauchmuskulatur der getesteten Kinder etwas „stärker“ geworden ist. Alle anderen

Veränderungen, die man bei den einzelnen Tests beobachten kann, lassen sich auch auf die somatischen Entwicklungstendenzen, die dem Alter der getesteten Kinder entsprechen, zurückzuführen.

Außerdem haben die durchgeführten Untersuchungen nicht die allgemein verbreitete Annahme bestätigt, dass sich Kinder auf dem Land mehr bewegen und über ein besseres Niveau der motorischen Leistungsfähigkeit verfügen, als die Kinder, die in der Stadt leben (vgl. auch Mužík et al., 2001).

Tab. 54: Statistik bei gepaarten Stichproben

		Mittelwert	N	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paaren 1	Standweitsprung	124,81	31	16,68	3,00
	Standweitsprung	129,19	31	17,83	3,20
Paaren 2	Sit-Ups	22,10	30	10,00	1,83
	Sit-Ups	24,40	30	9,96	1,82
Paaren 3	Cooper-Test	1580,43	28	280,77	53,06
	Cooper-Test	1584,82	28	330,79	62,51
Paaren 4	Pendellauf	13,74	29	1,04	0,19
	Pendellauf	13,38	29	1,09	0,20
Paaren 5	Körpergröße	1,29	31	0,07	0,01
	Körpergröße	1,32	31	0,06	0,01
Paaren 6	Körpergewicht	28,11	31	7,09	1,27
	Körpergewicht	28,71	31	7,80	1,40
Paaren 7	BMI	16,76	31	2,94	0,53
	BMI	16,27	31	3,14	0,56
Paaren 8	Fettgesamt	27,03	30	17,34	3,17
	Fettgesamt	27,63	30	21,81	3,98

Tab. 55: Test bei gepaarten Stichproben

		Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
		Mittelwert	Standard-abweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
					Untere	Obere			
Paaren 1	Standweitsprung - Standweitsprung	-4,387	10,859	1,950	-8,370	-0,404	-2,249	30	0,032
Paaren 2	Sit-Ups - Sit-Ups	-2,300	9,029	1,649	-5,672	1,072	-1,395	29	0,174
Paaren 3	Cooper-Test - Cooper-Test	-4,393	237,867	44,953	-96,628	87,842	-0,098	27	0,923
Paaren 4	Pendellauf - Pendellauf	0,359	0,599	0,111	0,131	0,587	3,223	28	0,003
Paaren 5	Körpergröße - Körpergröße	-0,033	0,016	0,003	-0,039	-0,027	-11,113	30	0,000
Paaren 6	Körpergewicht - Körpergewicht	-0,597	1,724	0,310	-1,229	0,036	-1,927	30	0,063
Paaren 7	BMI - BMI	0,490	0,936	0,168	0,147	0,834	2,914	30	0,007
Paaren 8	Fettgesamt - Fettgesamt	-0,600	8,079	1,475	-3,617	2,417	-0,407	29	0,687

### *Zusammenfassung*

Zusammenfassend kann man sagen, dass es ohne ein Bewegungsprogramm, das speziell auf die gemessenen Bereiche der motorischen Leistungsfähigkeit ausgerichtet und konsequent implementiert werden müsste, nur schwierig signifikant positive Veränderungen zu erreichen sind. Eine bestimmte Intensität, Dauer und Häufigkeit sind die Faktoren, die gewünschte gesundheitliche Auswirkungen bestimmen (vgl. Schwarzer, 1996, S. 179).

Die Bedingung eines konsequenten und auf die Optimierung der motorischen Leistungsfähigkeit fokussierten Bewegungskonzeptes, das den Ansprüchen einer optimalen Bewegungsintensität und eines optimalen Bewegungsumfanges Bewegungshäufigkeit genügen soll, konnte im Rahmen des in der Grundschule Brumovice realisierten Projektes nicht erfüllt werden. Um dem Anspruch der Verbesserung der konditionellen Fähigkeiten der Schüler und Schülerinnen der Grundschule Brumovice gerecht zu werden, hat es nicht genügt, ein intensives Bewegungsprogramm nur während der einzelnen Gesundheitswochen ein zu setzen. Dazu wäre eine konsequente Implementierung vor allem in den Konsolidierungsphasen des Projektes, sprich also im Alltag der Kinder, notwendig. In dem Fall der Grundschule Brumovice ist es nicht gelungen, unter den vorliegenden soziodemographischen und ökologischen Umständen, die Bewegungsaktivität in den Alltag der Kinder einzuführen, so dass sich ihre Kondition deutlich verbessern konnte. Somit wurde auch einer der Ziele des Projektes nicht erreicht.

#### 10.2.1.3 Körperhaltung

Es wurde zweimal ein Körperhaltungstest innerhalb einer Längsschnittstudie an der ausgewählten Stichprobe durchgeführt. Diese Stichprobe bestand aus den Schülern und Schülerinnen der 1. – 3. Klasse (vgl. Kap. 9.3.2.1). Das Testverfahren wurde aus zeitorganisatorischen Gründen innerhalb von dafür festgelegten Sportunterrichtsstunden durchgeführt. Einzelne Klassen wurden separat getestet. Aus ethischen Gründen wurden auch die Gruppen geschlechtsspezifisch getrennt.

Bei der Auswertung der Daten wurde folgende Punktskala festgelegt:

- *Schulter- und Schulterblätterposition*: physiologische Position = 2 Punkte; niedrige Abweichung vom Normal = 1 Punkt; unrichtige Position = 0 Punkte;
- *Bauchmuskulatur*: flach = 2 Punkte; mäßige Abschwächung = 1 Punkt; starke Abschwächung = 0 Punkte;
- *Lendenlordose (Hohlkreuz)*: physiologische Krümmung = 2 Punkte; mäßige Vergrößerung der Lordose = 1 Punkt; Hyperlordose (Hohlkreuz) = 0 Punkte;
- *Abweichung des Beckens im Lendenbereich (Hüften)*: physiologische Position = 2 Punkte; niedrige Abweichung vom Normal = 1 Punkt; unrichtige Position = 0 Punkte;
- *Vorbeugung des Rumpfes (Rückenbogen)*: physiologischer Krümmung = 2 Punkte; mäßige Verflachung = 1 Punkt; flacher Rücken = 0 Punkte.
- *Abweichung der HWS und LWS von Vertikale*: numerisch in cm eingetragen und ausgewertet.

Die Punkte wurden in der Auswertung in einem Gesamtwert zusammengestellt. Die Ergebnisse (in Mittelwerten **m**) sind folgendermaßen zu interpretieren: Je höher ein Wert in der Punkteskala erreicht worden ist, desto positiver sind auch die einzelnen Haltungsindikatoren zu beurteilen, und umgekehrt. Bei der Auswertung wurde keine Rücksicht auf eine detaillierte Analyse hinsichtlich der Punkteskalierung genommen. Das heißt, es wird in der dargestellten Gesamtauswertung nicht sichtbar, welcher Prozentanteil der Fälle der Punktbewertung 2, 1 oder 0 entspricht. Aufgrund der Datenmenge, die innerhalb des Projektes aufgenommen wurden, wurde keine Analyse der Einzelfälle (Probanden) gemacht. Es liegt jedoch eine Auswertung der gesamten Stichprobe vor, die ein gut interpretierbares und zum Zwecke der Evaluation brauchbares Ergebnismaterial darstellt (vgl. Tab. 56 und Abb. 25, 26, 27).

- Schulterposition und Schulterblätterposition (der Rückgang)

Die Mittelwerte zeigen eine Verschlechterung der Schulterposition (vgl. Abb. 25, 26, 27). Diese Veränderung ist nicht signifikant ( $p=0,294$ ), weist jedoch darauf hin, dass sich die Schulter und Schulterblätter bei den meisten Schüler und Schülerinnen nach der zweiten Messung nicht in einer physiologischen Po-

sition befanden (vgl. Tab. 56). Es nahm der Fall eines Rückganges entweder von Schultern und Schulterblätter zu, oder beide Indikatoren wurden miteinander kombiniert. Aus diesem Ergebnis kann man ableiten, dass sich die Muskulatur im Schultergürtelbereich am Anfang der Untersuchung bei den meisten Kindern in einem Dysbalance- Zustand befand und nach der zweiten Messung war eine Zunahme einer negativen Indikation in diesem Bereich beobachtbar.

- Schulterblätterposition (Abwölbung)

Auch bei diesem Haltungsindikator ist eine eher negative Veränderungstendenz zu sehen. Der festgestellte Anfangszustand war bei den meisten Kindern auch unbefriedigend. Der Unterschied zu den erstgemessenen Werten ist signifikant auf  $\alpha=0,05$  ( $p=0,031$ ) (vgl. Tab. 56). Diese Verschlechterung deutet auf eine vergrößerte Kyphose im Brustwirbelsäulebereich hin (runder Rücken), die vor allem durch Abschwächung von Schulterblätterstabilisatoren und Verkürzung der Brustmuskulatur verursacht wird (vgl. Abb. 25).

- Bauchmuskulatur und Lendenlordose

Die unsignifikant aufsteigenden Werte der Haltungsindikatoren von Bauch und Lendenlordose ( $p=0,256$  und  $p=0,574$ ) (vgl. Tab. 56) zeigen eine geringe Verbesserung in diesem Bereich. Auch die Ergebnisse des Situp-Tests (Unifittests) zeigen minimal aufsteigenden Werte (vgl. Kap. 10.2.1.3). Diese beiden Testergebnisse deuten darauf hin, dass die Bauchmuskulatur, die für eine physiologische Haltung der Lendenwirbelsäule von großer Bedeutung ist, bei den meisten Kindern zwar minimal jedoch gestärkt wurde, was zu einer Entlastung der vergrößerten Lendenlordose führen konnte. Dieses Ergebnis kann nicht eindeutig daran hinweisen, dass die Muskulatur der Wirbelsäulenstrecker optimal gedehnt wurde, was die andere Bedingung einer physiologischen Haltung im Lendenbeckenbereich darstellt (vgl. Abb. 25, 26, 27).

- Ausweichung des Beckens im Lendenbereich (Hüften)

Eine minimal gestärkte Bauchmuskulatur reicht alleine nicht aus, eine richtige Position des Beckens (der Hüften) bei Einbeinstand zu sichern. Denn zu einer guten physiologischen Haltung bedarf es eines guten Zusammenspiels von Rumpf-, Bauchmuskulatur, richtiger Gelenkstellung und anderer erbgutbeding-

ter Faktoren. Beim Einbeinstandtest wurde bei den meisten Kindern anfangs eine Abweichung des Beckens beobachtet. Mittelwerte weisen sie eine minimale Verschlechterung beim Einbeinstand auf. Das Ergebnis ist jedoch nicht signifikant (vgl. Tab. 56).

- Vorbeugung des Rumpfes (Rückenbogen)

Der Mittelwert der erreichten Punkte bei diesem Indikator ist bei den Probanden gesunken. Es wurde öfters eine mäßige Verflachung beobachtet. Bei keinem der Probanden wurde solche Vorbeugung des Rumpfes festgestellt, die mit 0 Punkte der vorgeschlagenen Skala bewertet werden musste. Diese festgestellte Veränderung ist mit dem Signifikanzwert  $p=0,032$  als signifikant auf der  $\alpha=0,05$  zu bezeichnen. Die Werte innerhalb dieses Indikators bewegen sich auf einem überdurchschnittlichen Niveau und weisen somit auf eine positive Tendenz hin. Die Vorbeugung kann also als eher physiologisch bezeichnet werden (vgl. Abb. 25, 26, 27).

- Abweichung der HWS und LWS von Vertikale

Eine hoch signifikante Veränderung ( $p=0,000$ ) bei der Abweichung der Halswirbelsäule von der Vertikalen, zeigt auf eine deutlich verschlechterte Situation der Probanden im Schulter- und Schulterblätterbereich. Dies beweisen auch die Befunde einer vergrößerten Kyphose im Brustwirbelsäulebereich (Dysbalancen im Schultergürtelbereich, Verkürzte Brustmuskulatur) (vgl. ebd.). Außerdem sind Werte von 2-2,5cm Abweichung der HWS von der Vertikale als physiologisch zu charakterisieren. Bei den meisten Kindern wurden jedoch Mittelwerte bei zwischen 3-4 cm gemessen (vgl. Abb. 25 und Tab. 56).

Eine physiologische Abweichung der Lendenwirbelsäule von der Vertikalen wird durch ca. 3-3,5cm gegeben. Die Werte der beobachteten Kinder bewegen sich ca. in diesem Bereich, wobei leicht erhöhte Werte bei der ersten Messung bei einer signifikanten Veränderung auf  $\alpha=0,05$  ( $p=0,016$ ) durch physiologische Werte beglichen wurden. Im Bezug zu den oben angeführten Ergebnissen, unterstreicht auch dieses Ergebnis die Tatsache, dass die Körperhaltung bei der gesamten Stichprobe im Bereich der LWS eine positive Tendenz aufzeichnet (vgl. Abb. 25, 26, 27 und Tab. 56).

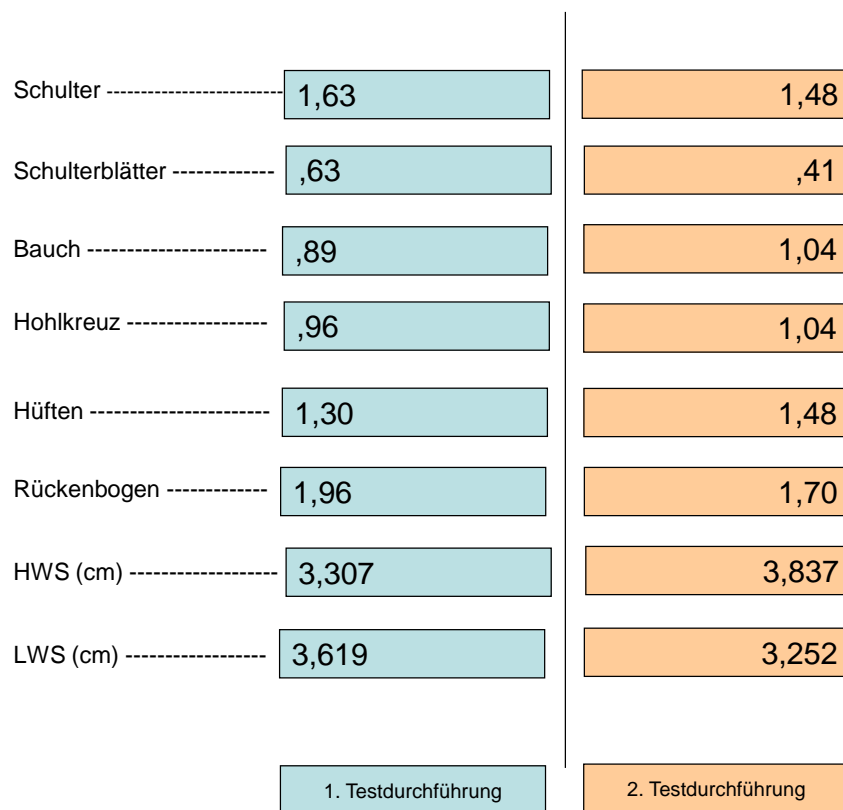


Abb. 25: Mittelwerte der Haltungsindikatoren (auf die Skalenpunkte bezogen)

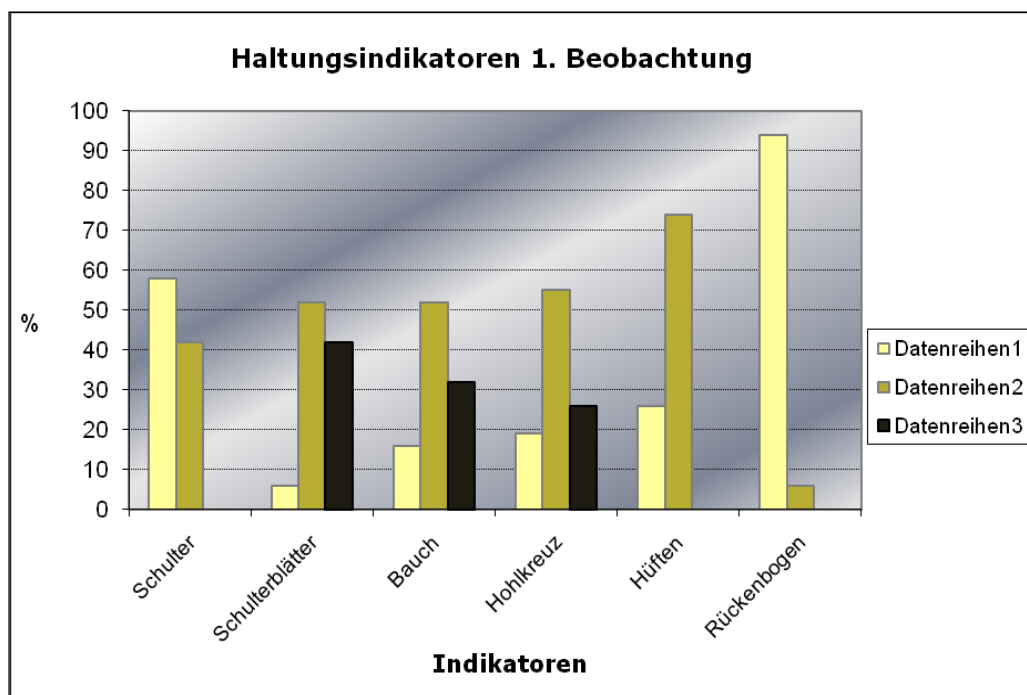
Tab. 56: Test bei gepaarten Stichproben

		Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
		Mittelwert	Standard-abweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenz-intervall der Differenz				
					Untere	Obere			
Paaren 1	Schulter - Schulter 2	0,148	0,718	0,138	-0,136	0,432	1,072	26	0,294
Paaren 2	Schulterblätter - Schulterblätter 2	0,222	0,506	0,097	0,022	0,423	2,280	26	,031*
Paaren 3	Bauch - Bauch 2	-0,148	0,662	0,127	-0,410	0,114	-1,162	26	0,256
Paaren 4	Hohlkreuz - Hohlkreuz 2	-0,074	0,675	0,130	-0,341	0,193	-0,570	26	0,574
Paaren 5	Hüften - Hüften 2	-0,185	0,557	0,107	-0,406	0,035	-1,727	26	0,096
Paaren 6	Rückenbogen - Rückenbogen 2	0,259	0,594	0,114	0,024	0,494	2,267	26	,032*
Paaren 7	CWS - CWS 2	-0,530	0,674	0,130	-0,796	-0,263	-4,082	26	,000**
Paaren 8	LWS - LWS 2	0,367	0,738	0,142	0,075	0,658	2,584	26	,016*

Folgende Grafik bietet eine übersichtliche, zusammenfassende Darstellung der beobachteten Haltungsindikatoren, in der der prozentuelle Anteil der einzelnen Mittelwerte präsentiert wird. Datenreihe 1 entspricht der Bewertung 2 Punkte, Datenreihe 2 entspricht 1 Punkt und Datenreihe 3 ist gleich der Bewertung 0



Punkte. Es ist deutlich zu merken, dass die prozentuelle Vertretung von niedrigen Werten der Haltungsindikatoren, die für gesamte Haltung im LWS - Bereich (Bauchmuskulatur, vergrößerte Lendenlordose) bestimmend sind, sowohl bei der ersten, als auch bei der zweiten Durchführung des Tests, erheblich sind. Genauso beachtlich ist die Zahl der unphysiologischen Position der Schulterblätter (Abwölbung). In den meisten Fällen bewegen sich die Mittelwerte der gesamten Haltungsindikatoren auf dem Durchschnitt innerhalb der gewählten Skalenpunkte, wovon man auch ableiten kann, dass sich die Körperhaltung der getesteten Kinder insgesamt auf einem durchschnittlichen Niveau befindet.



*Abb. 26:* Skalapunkte der Haltungsindikatoren der 1. Beobachtung

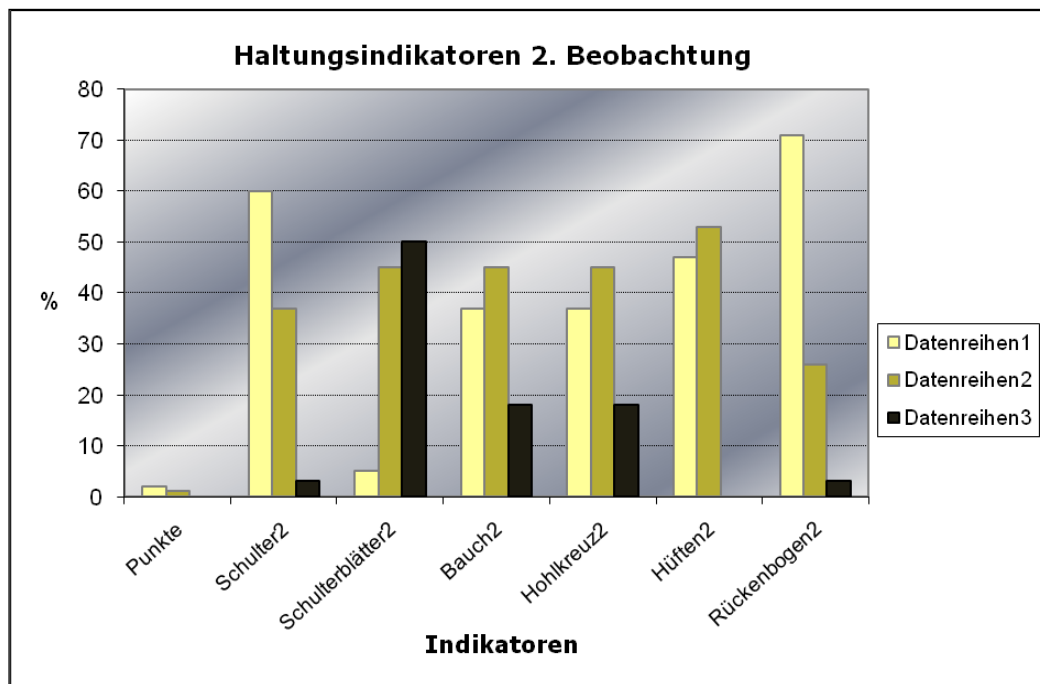


Abb. 27: Skalpunkte der Haltungsindikatoren der 2. Beobachtung

Innerhalb des Projektes Gesundheitswochen, wurde in der Grundschule Brumovice der Akzent auf die Sensibilisierung zu einer richtigen Körperhaltung der Schüler und Schülerinnen gesetzt. Nicht nur während der Gesundheitswochen implementierte, thematisch orientierte und spielerisch gestaltete Theorieblöcke im Unterricht, sondern auch methodische Materialien wurden den Lehrerinnen als Vorlage zu Bewegungspausen im Unterricht gegeben. Außerdem wurden die Lehrerinnen innerhalb eines Workshops über die Problematik der muskulären Dysbalancen eingeführt und auch mit methodischen Materialien, die sich mit der Haltungs- und Muskel- dysbalancenproblematik beschäftigen, versorgt.

Um die Wirksamkeit der Intervention, die ihre intensivste Phase während der Gesundheitswochen fand, zu überprüfen, wurden nicht nur Beobachtungen während Hospitationen in den Konsolidierungsphasen des Projektes und die zwei Körperhaltungstests realisiert, sondern auch eine Befragung „*Kenntnisse Über Sitzen*“ vorgenommen.

Der Fragebogen wurde im Mai 2001 an alle Klassenstufen unter standardisierten Untersuchungsbedingungen (vgl. Kap. 8.4.1) verteilt und ausgefüllt. Außer

der Frage Nr. 2, die erst für die höheren Klassenstufen bestimmt war, wurden von den befragten Kindern (n=63) alle Fragen beantwortet.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass den Kinder nicht klar ist, welche Konsequenz das Sitzen für ihren Gesundheitszustand hat, die meisten führen das Sitzen als einen für die Gesundheit unwesentlichen Faktor an. Jedoch führen sie ziemlich häufig die körperlichen Beschwerden, die als pathologische Symptome bei einer einseitigen Belastung beim Sitzen entstehen, an. Das Sitzen am Gymnastikball sehen die Kinder als Spaß- und Wohlgefühl an. Ein positives Ergebnis zeigte sich auch darin, dass sie bewusst die Möglichkeit nutzten, ihren Körper auf dem Gymnastikball zu dehnen. Die Häufigkeiten der Antworten auf die letzte Frage zeigen, dass den meisten Kindern die richtige Sitzposition durch das Sitzen auf dem Ball vermittelt wurde. Die meisten empfinden jedoch das Sitzen auf dem Ball als Hindernis, das zu überwinden ist (vgl. Tab. 57). Meiner Erfahrung nach ist dies aber eine Sache der Übung, bzw. des „sich daran Gewöhnens“. Letztendlich geht es bei solcher Intervention auch darum, langfristig eine gesundheitsgerechte Habitualität des Sitzens zu entwickeln.

Tab. 57: Die meistangegebenen Antworten im „Kenntnisse über Sitzen- Fragebogen“.

Frage	Antwort	%
<b>Ist Sitzen für die Gesundheit belastend?</b>	Ja	16
	Ich weiß es nicht so genau	34
	Nein	50
<b>Welche Beschwerden kann man bekommen, wenn man lange Zeit sitzt?</b>	Rückenschmerzen	65
	Fußschmerzen	53
	Kopfschmerzen	42
	Runderrücken	37
<b>Was gefällt dir am Sitzen auf dem großen Ball?</b>	Sitzen auf dem Ball macht Spaß.	87
	Ich sitze bequemer als auf dem Stuhl.	82
	Ich kann auf so einem Ball meinen Körper dehnen.	81
	Sitzen auf so einem Ball tut mir gut.	68
<b>Was fühlst du beim Sitzen auf dem Ball?</b>	Ich fühle, dass ich einen ganz geraden Rücken hab.	77
	Ich muss mich darauf konzentrieren, damit ich ruhig sitzen könnte.	60
	Ich schaffe es jetzt schon ohne Probleme, auf dem Ball zu sitzen.	45

Ausgewählte Meinungen der Schüler und Schülerinnen zur Frage Nr. 2 des Fragebogens:

- „...ich habe Kopfschmerz...“
- „Mein Po tut mir weh, nach dem Sitzen fühle ich mich nicht wohl.“
- „Ich fühle mich wohl beim Sitzen, nur manchmal tut mein Rücken weh.“
- „Wenn ich schon lange sitze, bin ich danach ganz müde, aber sonst finde ich es angenehm.“
- „Es kann meinen Rücken krumm machen, aber ich sitze gerne.“
- „Manchmal passt es mir, zu sitzen, manchmal ist es langweilig.“

Diese einzelnen Aussagen, aber auch die gesamten Ergebnisse innerhalb der Untersuchungen im Rahmen der körperhaltungsorientierten Intervention deuten darauf hin, dass:

- die Maßnahme nicht konsequent eingesetzt wurde. Ihre Umsetzung hat sich vorwiegend auf die Realisierung der einzelnen Gesundheitswochen und auf die subjektiv eingeschätzte Notwendigkeit aus der Sicht der Lehrerinnen verengt.
- die Kinder über uneinheitliche Kenntnisse aus dem Bereich Körperhaltung, Bewegung und Sitzen verfügten, was auch Folge einer nicht konsequenten Eingliederung und praktischen Umsetzung dieses Themas in ihrem Alltag bezeichnet werden kann.
- die Körperhaltung der Kinder den oben genannten Tatsachen und der geplanten Zielsetzung des Projektes entsprechend als nicht befriedigend zu charakterisieren ist.

### 10.2.2 Lehrerperspektive - Experteninterview

Die präsentierten Interviews wurden nach dem Entwurf der qualitativen Inhaltsanalyse für Experteninterviews, die Gläser und Laudel (2004, S. 190ff) anschließend ausgewertet. Das Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse stellt folgende Abbildung dar:

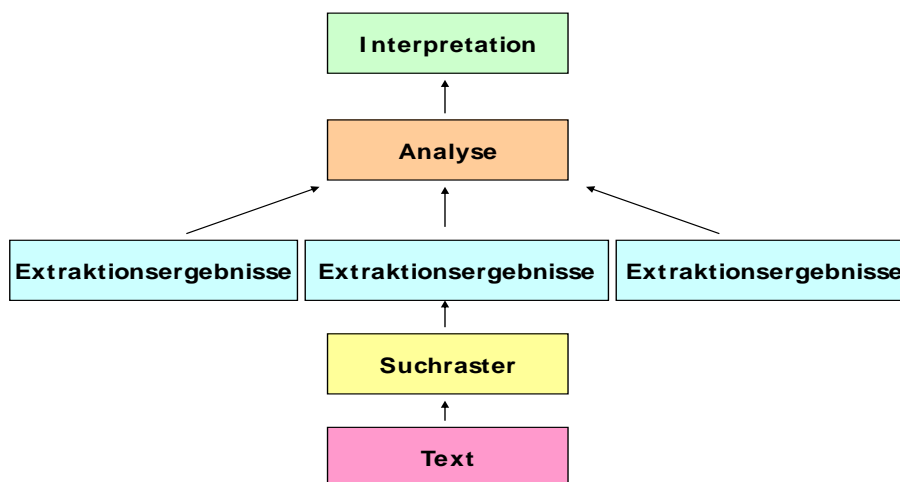


Abb. 28: Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse (nach Gläser und Laudel, 2004, S. 194).

Der Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse folgt nach Gläser und Laudel (2004, S. 197) mehreren Schritten. Die Analyse der innerhalb dieser Evaluation durchgeführten Interviews stützte sich auf diese Schritte und lief folgend ab:

- Theoretische Vorüberlegungen (Formulierung der Untersuchungsfrage, theoretische Analyse des Problems, Bestimmung von Variablen);
- Vorbereitung der Extraktion (Festlegung der Analyseeinheit, Aufnahme der Variablen, Bestimmung von Indikatoren);
- Extraktion (Formulierung von Extraktionsregeln, Materialdurchlauf);
- Aufbereitung (Sortierung der Variablen nach zeitlichen oder sachlichen Aspekten, Zusammenfassen bedeutungsgleicher Informationen, Beseitigung elementarer Fehler);
- Auswertung (Kausalzusammenhänge, Typisierungen...).

Aufgrund des Umfanges der Datenbasis werden in dieser Arbeit nur Fragmente, wie Zitierungen, Extraktionsausschnitte und eine zusammenfassende Auswertung der Interviews hinsichtlich der Beschreibung des gesamten Vorgehens präsentiert. Eine detaillierte Einsicht in die gesamte Datenbasis können bei der Autorin angefordert werden.

Als theoretischen Vorüberlegungen des Experten (Lehrerinnen)- Interviews wurden schon vor der Erhebung der Daten die ausgewählte Themenbereiche der Gesundheitsproblematik – Salutogenese mit ihrem Kohärenzgefühl (hier bezogen auf die Bewusstheit über die Bedeutung der Gesundheit für eigenes Leben) und die Gesundheitsförderung in der Schule. Diese wurden in ein hypothetisches Modell mit ihren Einflussfaktoren und Kausalzusammenhängen erfasst (vgl. Kap. 8.1 und 8.2). Als Analyseeinheit wurden dann die Experteninterviews mit folgendem Kategoriensystem bestimmt:

- Einfluss der Gesundheitswochen auf die Unterrichtskonzeption [EGWU]
- Einfluss der Gesundheitswochen auf das gesamte Schulleben [EGWSchL]
- Professionelle Einstellung der Lehrerinnen zur Gesundheit und gesundheitsorientierten Tätigkeiten [PrELGgoT]
- Persönliche Einstellung der Lehrerinnen zur Gesundheit und gesundheitsorientierten Tätigkeiten [PELGgoT]

- Umsetzung der gesundheitsorientierten Tätigkeiten im Unterricht [UgoTU]
- Hindernisse bei der Umsetzung solcher Tätigkeiten im Unterricht [HbU]
- Beurteilung von Einstellungen der Kinder zu gesundheitsorientierten Tätigkeiten [EBEKgoT]
- Beurteilung von Einstellungen der Eltern zu gesundheitsorientierten Tätigkeiten [EBEEgoT]
- Zusammenarbeit Schule – Eltern auf dem Feld Gesundheit [ZSEG]

Tab. 58: Zuordnung der Kategorien den Dimensionen

1. Dimension - Lehrerinnen als Gesundheitsexperten	2. Dimension - Gesundheitswochen / Gesundheitserziehung in der Schule
Professionelle Einstellung der Lehrerinnen zur Gesundheit und gesundheitsorientierten Tätigkeiten [PrELGgoT]	Einfluss der Gesundheitswochen auf die Unterrichtskonzeption
Persönliche Einstellung der Lehrerinnen zur Gesundheit [PELGgoT]	Einfluss der Gesundheitswochen auf das gesamte Schulleben
Beurteilung von Einstellungen der Kinder zu gesundheitsorientierten Tätigkeiten [BEKgoT]	Zusammenarbeit Schule – Eltern auf dem Feld Gesundheit [ZSEG]
Beurteilung von Einstellungen der Eltern zu gesundheitsorientierten Tätigkeiten [BEEgoT]	
Umsetzung der gesundheitsorientierten Tätigkeiten im Unterricht [UgoTU]	
Hindernisse bei der Umsetzung solcher Tätigkeiten im Unterricht [HbU]	

Dieses Kategoriensystem schließt in sich so eine Informationsbasis ein, die die Untersuchungsfragen beantwortet. Das System bleibt jedoch noch offen, für den Fall, dass im Text während der Extraktion für die Interpretation relevante Informationen auftauchen. Das Kategoriensystem verfügt über gewisse Flexibilität. Diese Flexibilität wird dadurch gegeben, dass die Merkmalausprägungen *frei verbal* und die komplexen Zustände beschrieben werden. Die Merkmalausprägungen müssen nicht unbedingt in eine im Voraus vorgegebene Nominalskala angepasst werden (vgl. Gläser und Laudel, 2004, S. 195). Somit gewinnt die Extraktion, als ein wichtiger Interpretationsschritt einen individuellen Charakter.

Für die eigene Extraktion habe ich folgende Regeln formuliert:

- Interpretierung des vorliegenden Textes;
- Entnahme von relevanten Informationen.

Das bedeutet, dass ich zuerst den gesamten Text durchgelesen habe, mich dafür entschieden habe, welche für die gestellten Untersuchungsfragen wesentliche Informationen im Text beinhaltet waren, und diese aus dem Text entnommen und den vorgeschlagenen Dimensionen zugeordnet habe. Ein gewisses Hinterfragen solchen Vorgehens ist auf der Stelle. Jedoch, und darauf weisen sowohl Mayring (2000, S. 4) als auch Gläser und Laudel (in Gläser und Laudel, 2004, S. 199) hin, erlaubt eine solche systematische Vorgehensweise, in der die gewählten oder neu entdeckten Kategoriensysteme und deren begleitende Interpretationen notiert werden, einen nachvollziehbaren Rückblick in den Auswertungsprozess. Alle Entscheidungs- und Interpretierungsprozesse müssen stets begründet werden. Kategorien und ihre Subkategorien wurden nach den ursprünglichen Fragestellungen und dem Inhalt der Aussagen paraphrasiert (vgl. Mayring, 2003, S. 60).

Bei der Extraktion haben sich zusätzliche Variablen entfaltet, die jedoch den oben entworfenen Kategorien subsumiert werden konnten. So konnte z.B. zur Kategorie „*Umsetzung der gesundheitsorientierten Tätigkeiten im Unterricht [UgoTU]*“ eine Subkategorie „*Intensität der Gesundheitserziehung [IGe]*“, oder zu der Kategorie „*Externe Beurteilung von Einstellungen der Kinder zur gesundheitsorientierten Tätigkeiten [EBEKgoT]*“ eine Subkategorie „*Interessen der Kinder*“ (vgl. Tab. 58.) zugeordnet werden. Jedoch habe ich mich wegen dem Umfang der gesamten Arbeit an möglichst klaren und übersichtlichen Ordnung und Regelung innerhalb der Analyse gehalten. Diese Tatsache wird auch in der Auswertungsphase berücksichtigt. Am Beispiel folgender Extraktionstabelle wird eine konkrete Zuordnung ausgewählter der Textabsätze zu gegebenen Kategorien gezeigt. Weil ich die gesamte Inhaltsanalyse manuell durchgeführt habe, sind auch die Extraktionsabschnitte länger als bei einem computergestützten Vorgehen (vgl. Anhang IX).

In der Phase der Aufbereitung und quasi parallel laufenden Auswertung, da diese sich überschneiden können (vgl. Gläser und Laudel, 2004, S. 219) wurden dann die extrahierten Texte von Redundanzen (z.B. bedeutungsgleiche Informationen zusammenfassen) und von nicht inhaltstragenden Textstellen befreit. Die extrahierten Daten wurden interpretiert und nach inhaltlichen Aspekten geordnet (vgl. Anhang X).



Für die Auswertung der untersuchten Fälle, sprich der interviewten Lehrerinnen, wurde eine Strategie vorgeschlagen, die auf folgendem Modell basiert:

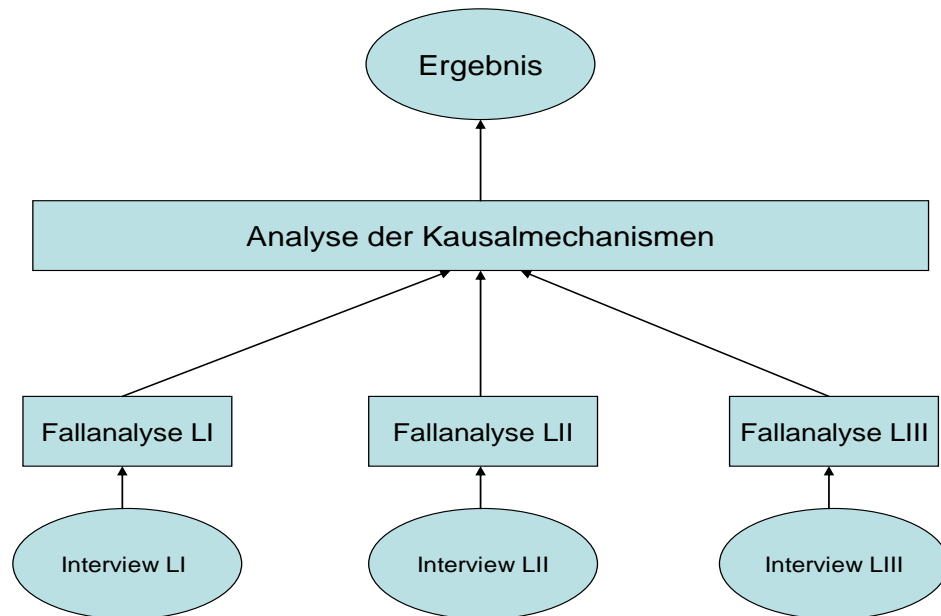


Abb. 29: Auswertungsstrategie der Experteninterviews LI – LIII (nach Gläser und Laudel, 2004, S. 243)

In den jeweiligen Fallanalysen wurden neben der Extraktion der Daten die Interviewpartner (LI – LIII) bezüglich ihres Gesprächsverhaltens und der gesamten Gesprächsatmosphäre typisiert. *Beispiel:* das Interview mit LIII verlief in einer lockeren, durch Offenheit geprägte Atmosphäre, und auch LIII hat dabei einen entspannten Eindruck hinterlassen. Diese Beobachtung wurde bestätigt, als sie danach gefragt wurde, wie sie ihre Rolle als Interviewpartnerin verstünde. Charakterisierung dieser Merkmale, auf einzelne Gesprächssituationen bezogen, sind im Interviewbericht nachzusehen (vgl. Anhang VIII). Diesen Schritt habe ich gewählt, um möglichst objektive Kausalmechanismen zu gewährleisten.

Aus der Analyse und der Vergleichsanalyse der in der Aufarbeitung gewonnenen Daten, lassen sich im Bezug auf gegebene und neu entdeckte Kategorien, folgende Schlüsse ableiten:

- Einfluss der Gesundheitswochen auf die Unterrichtskonzeption [EGWU]

Diese Kategorie fasst Merkmale von Wirkung der Projekthalte auf die Unterrichtsgestaltung zusammen. Es war mir wichtig festzustellen, wie die Lehrerinnen als Experten in ihren eigenen Unterrichtsstunden die Existenz der Gesundheitswochen, bzw. gesundheitsorientierte Tätigkeiten, wahrnehmen.

Für zwei Lehrerinnen bedeuteten die GW einen größeren Umfang der BA während der Unterrichtszeit, indem auch mehr BP im Unterricht benutzt werden (5LII und 1LIII), obwohl eine Lehrerin eine widersprüchliche Aussage machte (2LII). Nach einer näheren Betrachtung der beiden Aussagen (2LII und 5LII), ist dieser festgestellte Widerspruch so zu interpretieren, dass sich die Antwort der Lehrerin auf die erstgestellte Frage, wo der Einfluss der GW auf den Unterricht verneint wurde, nur auf die Konsolidierungsphase des Projektes bezogen hat. LII sieht ansonsten keine großen Veränderungen im Unterricht aufgrund der Implementierung des Projektes und findet das Projekt als eine Ideenquelle für gesundheitsorientierte Tätigkeiten (11LII), zu der man immer wieder greifen kann. Sie führt das Themenheft „Čipera“ als Motivation für die Kinder in den KPh an (6LII). Auch LIII sieht GW als anregend für Implementierung der Gesundheitsproblematik in Unterricht (6LIII), betrachtet das Projekt jedoch nicht unbedingt als ausschlaggebend für BP (17LIII). LI betrachtet GW eher als Störfaktor für die Unterrichtsgestaltung (2LI), zugleich aber gesteht sie in ihrer weiteren Aussage der GW einen, auf das subjektive Befinden der Kinder, positiven Einfluss zu.

- Einfluss der Gesundheitswochen auf das gesamte Schulleben [EGWSchL]

Mit dieser Kategorie wollte ich herausfinden, ob und wie das ganze Schulleben während der GW und der KPh durch das Projekt geprägt wurde.

Bei den Interviews hat sich herausgestellt, dass die sozialpsychologische Sphäre des Schullebens von dem Projekt positiv beeinflusst wurde. Die Lehrerinnen haben angeführt, dass die GW eine Annäherung an die Kinder zur Folge haben (6LI und 6LIII) und dass schließlich die Kinder eine ehrlichere und positivere Stimmung als sonst haben (6LI und 6LIII). Weiterhin führten sie an, dass es während der GW zu einem Rollenwechsel kommt, in dem die Lehrerinnen als Mitspieler und Kommilitonen der Kinder, und umgekehrt auftreten (8LI). GW

wird auch als unspezifiziert motivierend (4LII) und als Veränderungsträger wahrgenommen, als gewisses „Aussteigen“ aus dem Alltag (6LIII). Durch GW erlaubt das kreativere bewegungsreiche Umfeld den Kindern mehr in ihre „Ich – Selbst – Sein“ – Rolle einzuwachsen (8LI). Die Kinder motiviert auch die antizipierte Möglichkeit des Mitmachens von Eltern (6LIII). Dem Projekt wird aber nicht nur eine positive Seite zugeschrieben, sondern es wird gleichzeitig auch als Belastungs- und Stressfaktor für die Lehrerinnen (8LIII) angesehen.

Aus den Aussagen der beiden Kategorien ist herauszulesen, dass die Gesundheitswochen mit ihrer Ausrichtung eine positive Wirkung sowohl auf erlebnisreichere Unterrichtsstunden (dies ist intensiver während der Gesundheitswochen als während der Konsolidierungsphasen), als auch auf das gesamte Schulambiente haben. Sie bedeuten jedoch auch zusätzliche Belastung für die Lehrerinnen und zwar im Bezug auf die zusätzlichen Kompetenzen, die das Projekt für die Lehrkräfte zusätzlich mit sich bringt. In der Anfangsphase des Projektes war auch den Lehrerinnen ihre Rolle bei dem gesamten Geschehen nicht ganz klar. In diesem Fall haben sich GW auch als störender „Fremdfaktor“ für sie dargestellt.

- Persönliche Einstellung der Lehrerinnen zur Gesundheit und gesundheitsorientierten Tätigkeiten [PELGogT]

Im salutogenetischen Sinne stellen gesundheitsorientierte Einstellungen eine Ressource dar, zu der ein Lehrer sowohl in seinem Alltag, als auch im Unterricht greifen kann. Ob und wie sich die Lehrerinnen mit ihrer Rolle als Gesundheitsexperten auseinandersetzen, wollte ich mit den Fragen untersuchen, die den Kategorien 3 und 4 unterordnet sind. Hier habe ich versucht, beide Bereiche einzubeziehen, die Gesundheit als Erziehungsinhalt und als ein subjektiver Faktor, dem die Lehrerinnen tagtäglich begegnen.

Bei allen Lehrerinnen zeigte sich, dass sie zwar auf die subjektive Gesundheit sensibilisiert sind, aufgrund Alltagsverpflichtungen finden sie jedoch keine Zeit, oder nicht genug Zeit, gezielt auf eine gesunde Lebensweise zu achten, oder sie berücksichtigen sie nur partikulär, z.B. sich bewusst ernähren (41LI, 45 und 6LII, 37LIII). LIII führt an, sie die Gesundheit als selbstverständlichen Bestandteil ihres Lebens akzeptierte, solange sie nicht krank war. Seit sie aber unter

gesundheitlichen Beschwerden leide, wurde ihr bewusst, dass Gesundheit keine Selbstverständlichkeit sei. Diese Erkenntnisse haben dann auch ihren professionellen Einstellungen und Handlungen verändert (37LIII).

- Professionelle Einstellung der Lehrerinnen zur Gesundheit und gesundheitsorientierten Tätigkeiten [PrELGgoT]

Unter professionellen Einstellungen verstehe ich Intentionen, die zwar durch subjektive Überzeugungen geprägt sind, etwa durch die besondere Verantwortung, die ein Lehrer hat, die aber ganz individuell gestaltet und umgesetzt werden. Es ist nicht immer möglich, eigene Rollen bewusst zu unterscheiden. Oft überschneiden sich die Rollen, z.B. Lehrerin x Mutter (19LIII). Dennoch konnte ich wertvolle Informationen sammeln, die bestimmte Kausalmechanismen erklären.

Alle Lehrerinnen finden gesundheitsorientierte Tätigkeiten, die mit Bewegung verbunden sind, ausschließlich wichtig. In den Bewegungsspielen sehen die Lehrerinnen gesundheitsorientierte Tätigkeiten, die einmal zum Wiederaufbau der Konzentration der Kinder in den 90minutigen Unterrichtsblöcken beitragen, (10LI) (vgl. Mahlitz, 2002, 170f), zum anderen den an zu wenig Bewegungsreizen leidenden Alltag der Kinder (8LII, 19LIII) bereichern. Unspezifisch ist die Rolle als Gesundheitsexperte für die Lehrerinnen eine Quelle der Freude und tiefer Überzeugung (21LI, 19LIII). Bewusstes Wissen über Einflüsse einer gezielten Bewegung auf physiologische Indikatoren wurde auch unterstrichen (12LIII). Beim Einsetzen solcher Tätigkeiten im Unterricht wurden überlegte (bewusste!) Vorbereitung, Selbstsicherheit und Orientierung an die Kinder als wesentlich genannt (11LI, 17LII).

- Umsetzung der gesundheitsorientierten Tätigkeiten im Unterricht [UgoTU]

Die Umsetzung von zusätzlichen gesundheitsorientierten Bewegungsaktivitäten im Unterricht geht Hand in Hand mit gesammelter Erfahrung (17LIII). Die Lehrerinnen haben unterschiedliche Angaben zu diesem Thema angegeben. Solche Tätigkeiten wurden vor dem Auftreten von den Gesundheitswochen in die Schule weniger eingeplant, und dann auch nur das, was für die Lehrerin (13LI) selber als passend für die Unterrichtsinhalte wahrgenommen wurde. Mit den

Gesundheitswochen setzte sie Bewegungspausen flexibler in die Unterrichtsstunden ein, und zwar auch mit der Option, diese draußen im Schulhof durchzuführen. Alle drei Lehrerinnen nennen Gesundheitswochen als Einflussfaktor auf die Inhalte der gesundheitsorientierten Aktivitäten im Unterricht (15LI, 6LII, 11LII). Oft spielen dabei die Kinder eine Lehrerrolle, indem sie das in den Gesundheitswochen erlebte eigeninitiativ im Unterricht weitergeben (11LII). Es werden einfachere körperliche Übungen, Spiele und Mittel bevorzugt (14LI, 15LIII). Gründe dafür liegen sowohl im Belastungsgrad, den Einstellungen der Lehrerinnen als auch in materieller Ausrüstung der Schule.

- „Umfang der bewegungsorientierten Tätigkeiten [UboT]“

Die gesundheitsorientierten Tätigkeiten werden von den Lehrerinnen unterschiedlich eingesetzt. LI führt an, dass sie gesundheitsorientierten Tätigkeiten 2 – 3mal in der Woche in den Unterricht einsetzt, und zum Abreagieren nutzt sie auch andere Formen als die Bewegung (17 und 18LI). Bei dieser Lehrerin geht es um ihre sowohl professionelle als auch persönliche Einstellung, die sich in diesem Falle überschneiden. Die beiden anderen Lehrerinnen benutzen die Bewegungsmöglichkeiten in den Stunden jeden Tag (14LII, 18LIII).

- Hindernisse bei der Umsetzung solcher Tätigkeiten im Unterricht [HbU]

Als Hindernisse beim Umsetzen von bewegungsorientierten Aktivitäten im Unterricht werden von den Lehrerinnen objektive Tatsachen genannt, wie zu große Schülerzahl in der Klasse, Mangel an methodischem Material und Fehlen von Geräten (z.B. große Bälle) (24LII, 19LII, 15LIII). Subjektiv empfinden die Lehrerinnen keine Widerstände (21LII, 21LIII). Als Lösungsmöglichkeiten werden die Supervision mit Kolleginnen und die Schulhofräumlichkeiten (23LII, 26LII) genutzt.

- Beurteilung von Einstellungen der Kinder zu gesundheitsorientierten Tätigkeiten [BEKgoT]

Die Lehrerinnen weisen im Allgemeinen auf eine positive Reaktion auf und eine positive Einstellung der Kinder zu den gesundheitsorientierten Tätigkeiten hin. Laut ihrer Beobachtungen zeigen die Kinder eine bessere Konzentrationsfähigkeit auf den Unterrichtsstoff (29LI, 6LII, 22LIII, 23LIII). Es wird jedoch klarge-

stellt, dass die Einstellungen der Kinder auch alters- und geschlechtsabhängig zu beurteilen sind, genauso, wie auch die familiäre Erziehung eine sehr starke Rolle dabei spielt (25LII, 26LII, 24LIII). Es wurden auch die Tatsachen angesprochen, dass trotz einer positiven Einstellung zur Bewegung im Unterricht, die Kinder zu wenig Selbstengagement und Spontaneität aufweisen (30LI, 31LI, 34LI). Deswegen sehen es die Lehrerinnen als notwendig an, die Kinder zu gesundheitsorientierten Aktivitäten zu motivieren (19LIII), und das vor allem in den Konsolidierungsphasen des Projektes (27LII).

Äußerungen der Kinder im Bezug auf ihre gesundheitsorientierten Freizeitaktivitäten außerhalb des schulischen Programms während der KPh wurden im Interview nicht befragt. Es wurde explizit auf das Schulleben fokussiert, zu dem die Lehrerinnen einen konsequenten Zugang haben.

- Beurteilung von Einstellungen der Eltern zu gesundheitsorientierten Tätigkeiten [BEEgoT]

Die Eltern werden eher als positiv passiv beurteilt (37LI, 33LII). Fehlende Beschwerden werden dabei als Ausdruck einer positiven Reaktion der Eltern interpretiert (34, 35LII). Während der GW reagieren die Eltern in meisten Fällen positiv auf das gesamte Geschehen (32LIII), bieten jedoch keine Aktive Unterstützung (nur Einzelfälle) und keine Impulse und Motivation für Zusammenarbeit mit der Schule an (36LII, 33LIII). Während der Konsolidierungsphasen präsentieren sie sich eher als passive Zuschauer (31LIII).

- Zusammenarbeit der Schule und den Eltern [ZSE]

Die Lehrerinnen bemühen sich zwar immer wieder um eine Zusammenarbeit mit den Eltern auf verschiedenen Ebenen (Unterricht, außerschulische Events), sind jedoch eher mit der Tatsache versöhnt, dass die Eltern als passive Mitspieler „mitwirken“. Aufgrund solcher „dorfspezifischen“ Bedingungen besteht quasi keine Zusammenarbeit zwischen den Eltern und der Schule (38LI, 37LII, 33LIII).

Aus den Interviews sich herauschälende vertiefende Kategorien:

- Einfluss der GW auf die gesundheitsorientierten Einstellungen der Kinder [EGWgoEK]

Ein nachhaltiger Einfluss auf die gesundheitsorientierten Einstellungen der Kinder wäre vorhanden, wenn ein Anschluss an die GW in höheren Klassen bestünde (27LIII). Im Bezug auf die Bewegungsaktivitäten und gesundheitsorientierten Inhalte der Gesundheitswochen stellen die Lehrerinnen fest, dass sich die Kinder mehr und unbeschwerter bewegen (28 und 30LIII).

- Eigenmotivation der Lehrerinnen für die GW [EMLGW]

Am Anfang des Projektes herrschte bei dem Lehrerinnenkollegium eher Verwirrtheit und weniger Motivation für das vorliegende Konzept. Dies änderte sich mit der Klärung der Kompetenzen und Rollen (11LIII).

### *Interpretation der Interviewergebnisse*

Die aus der Interviewanalyse gewonnenen Ergebnisse werden im, dieser Arbeit obliegenden, theoretischen Rahmen, und im Bezug auf die gegebene Fragestellung, interpretiert.

Die getroffenen Aussagen der interviewten Lehrerinnen sind sehr individuell zu betrachten. Es wäre sicher sehr sinnvoll im Rahmen einer anschließenden Evaluation, die disponiblen Daten in einem vertiefenden Interview expliziter zu untersuchen. Aus den Aussagen der Lehrerinnen lassen sich jedoch Gemeinsamkeiten der Meinungen feststellen. Die Kinder reagieren auf die außerordentliche Atmosphäre der Projektwochen positiv, die sozialen Beziehungen in der Schule werden durch das erlebnisvolle Ambiente und Sensibilisieren auf bestimmte Themen, die sich durch Bewegung verarbeiten lassen, harmonischer. Oft kommt es zu Verschmelzung der Rollen, indem Kinder eigene Grenzen erleben und soziales Engagement und Verständnis üben, und die Lehrerinnen intensiver die Seite ihrer Schülerinnen und Schüler erfahren. Aus der anderen Sicht wird das Projekt, was auch Ilg und Knappe (1999) andeuten, als zwar „positiv“ jedoch durch seine organisatorischen Ansprüche belastend und zu einer Stressquelle. Diese Diskrepanz spielt sicher eine sehr wichtige Rolle für eine effektive Umsetzung des Projektes auch in den Konsolidierungsphasen.

In den Konsolidierungsphasen stellt sich das Projekt für die Lehrerinnen sowohl als Ideenquelle als auch ein Störfaktor dar. Auf einer Seite offenbaren sie eine bewusste Einstellung zur gesundheitsorientierten Aktivitäten im Unterricht, sie erwecken jedoch den Eindruck, diese eher als Pflichtfaktor wahrzunehmen. Es

stellt sich dabei nicht klar und sicher fest, dass sie bei der Umsetzung solcher Tätigkeiten sowohl in ihrem Alltag als auch im Unterricht ihren festen Überzeugungen folgen. Im Sinne der Salutogenese, kann man aus den vorhandenen Aussagen nicht eindeutig ableiten, ob die Einstellungen der Lehrerinnen als eine gefestigte Ressource zu verstehen sind. Auch die Aussagen zu dem Thema „Persönliche Einstellungen der Lehrerinnen zur Gesundheit“ unterstreichen diese Annahme, dass sich ihr Gesundheitsbewusstsein eher als eine „externe“ als eine „verinnerlichte“ Ressource (Einstellung) darstellt. An dieser Stelle taucht wieder die Frage auf, inwieweit es überhaupt möglich ist, ein auf tieferen Zusammenhängen basiertes Konzept, wie das Kohärenzgefühl mit seinen Ressourcen, in das vorhandene, fest eingelebte System, das immer mehr Ansprüche an die Leistung als an die Gesundheit stellt, heimisch werden zu lassen.

Widersprüchlich sehe ich das Einsetzen von Bewegungsaktivität im Unterricht. Die Lehrerinnen nutzen im Unterricht mehr oder weniger regelmäßig gesundheitsorientierte Elemente (körperliche Übungen, Spiele, Themen), die aus den Projektwochen übernommen werden. Dabei haben sie die objektiven Störfaktoren zu bewältigen, indem sie aufgrund einer geringen materiellen Ausrüstung und nicht optimalen Räumlichkeiten einfachere Mittel nutzen. Je nach ihren Einstellungen und Bereitschaft, sich mit den bewegungsorientierten Gesundheitsthemen auseinanderzusetzen, implementieren sie auch Bewegungsaktivität in den Unterricht mehrmals pro Woche. Dabei hat aber das Verfolgen von Unterrichtsplänen Vorrang. Das bedeutet, dass das Einsetzen von Bewegungspausen im Unterricht stark der Erfüllung der Lehrpläne unterliegt. Sie finden also nicht konsequent ihren Platz in den Unterrichtsstunden, obwohl das Lehrerinnenbewusstsein über die Wichtigkeit der Bewegungspausen vorhanden ist. Ihre Aussagen interpretiere ich also eher als eine bewusste Bemühung, bzw. bewusstes Vorhaben, dies zu tun als ein tatsächlich regelmäßiges Umsetzen. Eine andere Perspektive dieser Problematik bieten die Ergebnisse der Hospitationen, die während des Schuljahres realisiert wurden, an. Die Eigenmotivation der Lehrerinnen für gesundheitsorientierte Themen im Unterricht steht als Kausalschlüssel im Vordergrund.

Unmittelbar nach den Gesundheitswochen sind die Lehrkräfte in stärkerem Maße von den Projektwochen beeinflusst, und setzten die bewegungsorientier-



ten Themen im Unterricht ein, als während der Konsolidierungsphasen. Aus ihren Aussagen kann man erkennen, dass eine gezielte Bewegungsaktivität im Unterricht vorwiegend zur Wiederherstellung der Konzentration der Kinder auf den Unterrichtsstoff implementiert wird. Zur täglichen gezielten Bewegungsaktivität im Rahmen der Prävention von muskulären Dysbalancen äußern sie sich während des Interviews nicht ausdrücklich. Die Lehrerinnen erwähnen auch nicht deutlich, dass und wie sie die Bewegung im Unterricht als Darstellungsmittel von irgendeinem Gesundheitsthema vermitteln.

Die Kinder sind unmittelbar nach den Projektwochen für die Bewegungsaktivität im Unterricht sehr motiviert, ihre Motivation sinkt aber in den Konsolidierungsphasen. Die interindividuellen Unterschiede in der Motivation zur Bewegung im Unterricht, die alters- und geschlechts-, bzw. erziehungsspezifisch sind, werden in den Konsolidierungsphasen deutlicher und für die Lehrerinnen schwieriger anzugehen. Die „Alltäglichkeit“, die während der Konsolidierungsphasen in das Schulleben zurückkehrt, ist dann einer der Gründe für die gesunkene Selbstmotivation der Kinder für Bewegungsaktivität in den Unterrichtsstunden. Aus den Ausführungen der Lehrerinnen ist weiterhin sichtbar, dass während der Projektwochen die affektive und kognitive Komponente der Einstellung der Kinder hinsichtlich der gesundheits-, bzw. bewegungsorientierten Aktivität, stark angesprochen werden. Die konative (handlungsorientierte) Komponente ihrer Einstellung, die hier dem im Ressourcenmodell definierten Bewegungshandeln entspricht, kommt in den Konsolidierungsphasen selten zum Ausdruck. Die Eigeninitiative (selbstständiges Bewegungshandeln) der Kinder während der Konsolidierungsphase im Unterricht ist aus der Sicht der Nachhaltigkeit deswegen als für gezielte gesundheitsorientierte Zwecke als unbefriedigend zu bezeichnen. Die daraus resultierende Gesamteinstellung, bei der es an der Eigeninitiative mangelt, kann aus einer langfristigen Sicht keine effektiven Einflüsse auf die untersuchten psychosomatischen Indikatoren ergeben. Dies bestätigen auch die Ergebnisse des Bewegungsaktivitätsfragebogens, des Unifit- und Körperhaltungstests.

In der Beschreibung des Projektkonzeptes (Kap. 7) erwähnte ich die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit im Rahmen des Dreiecks „Lehrer - Kinder - Eltern“. Die Zusammenarbeit der Eltern mit der Grundschule Brumovice ist unge-

nügend, eher passiv. Somit fehlen ein wichtiges Element des Dreiecks und dadurch auch eine Voraussetzung, die für eine effektive pädagogische Maßnahme wesentlich ist.

Die durchgeführten Experteninterviews stellen eine bedeutende Informationsquelle dar, die hilft die untersuchten Kausalzusammenhänge der Projektrealisierung und Bewertung zu erklären.

### *10.2.3 Elternperspektive - Elternfragebogen*

Den Fragebogen habe ich persönlich im Frühjahr 2002 an die anwesenden Eltern der Kinder der Grundschule Brumovice an einem dafür veranstalteten Elternabend verteilt. 34 von 39 Fragebögen kamen ausgefüllt wieder an mich zurück. Unter den befragten Eltern befanden sich 3 männliche und 30 weibliche Personen, 1 Person hat ihre demographische Daten nicht genannt. Das Alter der Respondenten bewegte sich zwischen 26 – 52 Jahren. Die Ausbildung der befragten Eltern war unterschiedlich. Am meisten vertreten war eine „mittlere“ Ausbildung mit Abitur (23), weiterhin Grundausbildung (4), Lehre (3), Hochschulausbildung (2). 2 Personen führten ihren Ausbildungsgrad nicht an. 9 von den befragten Eltern arbeiteten zum Zeitpunkt der Befragung als Hausfrauen, 7 als Beamte (z.B. Postbeamte, Buchhalter, Referent, Büroangestellte), 6 von den befragten Eltern waren als Arbeiter und Arbeiterinnen entweder im Wirtschaftswesen oder in der Fabrik beschäftigt, 3 Personen waren im pädagogischen Bereich tätig, 2 Personen im Gesundheitswesen, 2 Personen als selbstständige Unternehmer im Privatsektor und 5 Personen haben keine Angaben gemacht. Auch wenn es sich um eine anonyme Befragung handelte, kann die Größe der Stichprobe ein Grund dafür sein, dass einige der Eltern kein Vertrauen in die Anonymität hatten und sich deswegen weigerten „detaillierte“ Angaben anzuführen.

Folgende Tabellen zeigen, wie die Eltern auf die Thematik der Gesundheitsförderung in der Grundschule Brumovice reagieren, wie sie die „pädagogische“ Auswirkung der Gesundheitserziehung im Alltag sehen und wie weit sie sich dieser Problematik bewusst sind.

Tab. 59: *Frage 1 Haben Sie das Gefühl, dass Sie über den Inhalt und Ablauf des Projektes „Gesundheitswochen“ in der Grundschule Brumovice genügend informiert sind?*

	<b>2002 (n=34)</b> <b>%</b>
<b>Ja</b>	94,1
<b>Nein</b>	5,9

Die meisten Eltern haben die Informationsmenge über das laufende Projekt in der Grundschule als genügend empfunden. Einige Eltern waren nicht dieser Meinung. An dieser Stelle ist es zu bemerken, dass manche Eltern über einen längeren Zeitabschnitt einen nur minimalen Kontakt zur Grundschule hatten und deshalb Schulleben auch kaum interessiert waren. Detaillierte Erklärungen über eine mangelnde Informiertheit der Eltern habe ich nicht gefunden.

Tab. 60: *Frage 3 Vertreten Sie die Meinung, dass die Schule die Aktivitäten fortsetzen sollte, die den Kindern helfen, den Weg zur Gesundheit und Wohlbefinden zu finden?*

	<b>2002 (n=34)</b> <b>%</b>
<b>Ja, unbedingt</b>	88,2
<b>Ich weiß nicht</b>	11,8
<b>Nein, ich bin dagegen</b>	0

Das Ergebnis dieser Frage (Tab. 60) zeigt eine eher positive Einstellung der Eltern zu den gesundheitsorientierten pädagogischen Zielen der Grundschule. Niemand von den befragten Eltern hat sich dazu negativ geäußert, denn das Projekt „Gesundheitswochen“ wird vom größten Teil der befragten Eltern auch als ein sinnvolles Vorhaben wahrgenommen (vgl. Tab. 61).

Tab. 61: *Frage 4 Finden sie die „Gesundheitswochen“ als Betonung der gesundheitsorientierten Erziehung in der Schule sinnvoll?*

	<b>2002 (n=34)</b> <b>%</b>
<b>Ja</b>	81,8
<b>Ich weiß nicht</b>	18,2
<b>Nein</b>	0

Für eine gemeinsame Bewegungsaktivität mit den eigenen Kindern finden fast 50% der Eltern unter der Woche keine Zeit. Ca. 30% der Eltern hat angegeben, dass sie dreimal in der Woche mit den Kindern Bewegungsaktivität betreiben, 20% nur ein mal pro Woche (Tab. 62). Die Art und Intensität der Bewegungsaktivität wurde nicht befragt.

Tab. 62: *Frage 5 Finden Sie die Zeit dazu, zusammen mit Ihren Kindern körperliche Übungen oder Sport zu treiben?*

	<b>2002 (n=31)</b> <b>%</b>
<b>5 x pro Woche</b>	0,0
<b>4 x pro Woche</b>	0,0
<b>3 x pro Woche</b>	3,3
<b>2 x pro Woche</b>	32,3
<b>1 x pro Woche</b>	19,4
<b>Dafür habe ich keine Zeit.</b>	45,0

Ca. die Hälfte der Eltern wäre bereit, an der Vorbereitung und Realisierung der Gesundheitswoche mit dem pädagogischen Team zusammenzuarbeiten. Der andere Teil der Eltern war sich nicht sicher über ihr Engagement und nur wenige meinten, sie möchten gar nicht an den organisatorischen Schritten beteiligt werden.

Tab. 63: *Frage 6 Sind Sie bereit sich mit den Lehrerinnen an der Vorbereitung und Realisierung der Gesundheitswochen zu beteiligen?*

	<b>2002 (n=33)</b> <b>%</b>
<b>Ja</b>	45,5
<b>Ich weiß nicht</b>	45,4
<b>Nein</b>	9,1

Die Frage Nr. 7 „Wenn ja, wie möchten Sie gerne an der Zusammenarbeit mitwirken?“ haben 9 Eltern beantwortet. Hier führe ich die einzelnen Antworten an:

- Es hängt davon ab, ob und wie ich angesprochen werde.
- Beim Organisieren oder als Begleitung bei einem Ausflug.

- Ich habe keine Vorstellung. Vielleicht nach einer gemeinsamen Sitzung. Ich bin Vertreterin einer gesunden Lebensführung.
- Wie bis jetzt.
- Das Kind zu einer gesunden Lebensweise, gesunden Ernährung und Liebe zum Nächsten zu führen.
- Als Helferin beim Nachmittagsprogramm während der Gesundheitswochen.
- Bei Übungen.
- Je nach den Instruktionen des Organisators.
- Während der Gesundheitswoche werde ich die Schule besuchen, und wenn es notwendig ist, werde ich gerne helfen.

Diese Aussagen haben sich in der Wirklichkeit darin bestätigt, dass die Eltern öfters nicht nur an dem Gesundheitswochenprogramm als Teilnehmer beteiligt waren. Sie besuchten auch den Unterricht während der Gesundheitswochen häufiger, sowohl als Beobachter als auch als „Mitmachende“. Außerdem haben die Eltern auch häufigeren und intensiveren Kontakt zur Schule während der Konsolidierungsphasen aufgenommen. Ein Beispiel: Laut den Aussagen der Lehrerinnen ist die Teilnahme der Eltern an den Elternabenden gestiegen und die Eltern zeigten mehr Interesse und Engagement an den Vorhaben und Aufgaben der Grundschule. Sie wurden offener, nicht nur für Diskussionen über aktuelle Probleme der Schule, sondern auch sensibler für die Gesundheitsproblematik ihrer Kinder.

Tab. 64: *Frage 8 Wie reagieren Ihre Kinder zu Hause auf die „Gesundheitswochen“?*

	<b>Zahl der Nennungen 2002 (n=33)</b>
<b>Sie bringen neue Gesundheits- kenntnisse in die Familie.</b>	22
<b>Während der Gesundheitswoche sind sie ruhiger und ausgeglichener.</b>	3
<b>Während der Gesundheitswoche sind sie unruhig und unausgeglichen.</b>	0
<b>Während der Gesundheitswoche üben sie morgens oder abends Bewegungs- kombinationen, die sie in der Gesundheitswoche gelernt haben?</b>	7
<b>Während der Gesundheitswoche merke ich keine Veränderungen bei meinen Kindern.</b>	6
<b>Sie sprechen über die Gesundheitswoche noch längere Zeit nach ihrer Beendung.</b>	9
<b>Nach der Beendung der Gesundheitswoche treiben sie morgens oder abends Bewegungskombinationen, die sie in der Schule gelernt haben.</b>	2
<b>Es ist deutlich zu merken, dass ihnen die Gesundheitswoche nicht gefällt.</b>	2

Diese Frage zeigt eindeutig, dass die Gesundheitswochen vor allem als Quelle neuen Wissens gesehen wurden. Die positive Wirkung des Projektes auf die Begeisterung der Kinder während den Konsolidierungsphasen, wird weiterhin genannt. Allerdings wurde der Kontext, in dem sich die Kinder über die Gesundheitswochen längere Zeit nach deren Beendung zu Hause äußern, nicht untersucht. Einige Aussagen der Eltern deuten darauf hin, dass es während der Gesundheitswochen ein direkter Einfluss des Projektsprogramms auf die gezielte, alltägliche Bewegungsaktivität der Kinder gab. Dies wurde jedoch für die Konsolidierungsphasen nur von zwei Eltern bestätigt. Drei Eltern äußerten die positive Wirkung der Gesundheitswoche auf das subjektive Wohlbefinden ihrer Kinder (Ruhe, Entspannung) und zwei Kindern hat das Projekt gar nicht gefallen.

Tab. 65: *Frage 9 Wie stellen Sie sich zur Gesundheitserziehung in der Familie?*

	<b>2002 (n=30)</b>
<b>Ich versuche meine Kinder zur gesunden Lebensweise zu führen.</b>	83,3
<b>Ich möchte gerne meine Kinder zur gesunden Lebensweise führen, aber ich weiß nicht wie.</b>	3,3
<b>Ich möchte gerne meine Kinder zur gesunden Lebensweise führen, aber aus verschiedenen Gründen habe ich keine Zeit mich mit so was zu beschäftigen.</b>	13,3
<b>Die Frage einer gesunden Lebensführung interessiert mich nicht.</b>	0

Tab. 65 stellt dar, dass die meisten Eltern sich des Themas einer gesunden Lebensweise bewusst sind. Keine der befragten Eltern zeigte Desinteresse an dieser Problematik. Die Antworten werden in den folgenden Fragen konkretisiert:

Die Frage Nr. 10 „*Falls Sie aus triftigen Gründen ihre Kinder nicht zu einer gesunden Lebensweise erziehen können, nennen Sie, bitte, diese Gründe:*“ wurde auch selten beantwortet. Deswegen führe ich nur die einzelnen Antworten an:

- Wenig Zeit für so was.
- Unwissen, Arbeitsbelastung sowohl am Arbeitsplatz, als auch im Haushalt.
- Beruf, Hausrenovierung.
- Beruf, Arbeitsbelastung im Haushalt, im Garten, Lernen mit Kindern.

Interessant zu diesen Aussagen wären auch die Antworten von Personen, die in einer Großstadt leben.

Die Frage Nr.11 „*Falls Sie Ihre Kinder zu einer gesunden Lebensweise erziehen, wie machen Sie es?*“ zeigte die Bewusstheit der Eltern über die Bedeutung der Anwesenheit der Bewegungsaktivität ihrer Kinder im Alltag (vgl. Tab. 66). Die Notwendigkeit der Bewegung, ob an der „frischen Luft“ oder zu Hause führten die Meisten der Eltern an. Entweder haben sie gemeint, dass sie die Bewegungsaktivität ihrer Kinder unterstützen oder sie antworteten im Sinne: „*Wir radeln, wir laufen, wir gehen spazieren...*“, womit man die Möglichkeit ein-

schließen kann, dass sie diese Aktivitäten zusammen mit ihren Kindern durchführen. Nicht überschaubar war auch die Zahl der Nennungen von Familienausflügen in die Natur, also Radeln oder Wandern/Spazieren.

Tab. 66: *Frage 11.: Falls Sie Ihre Kinder zu einer gesunden Lebensweise erziehen, wie machen Sie es?*

	<b>2002 (n=23)</b> <b>Zahl der Nennungen</b>
<b>Gesunde Ernährung.</b>	17
<b>Bewegung draußen.</b>	20
<b>Ausflüge in die Natur.</b>	7

Quantitativ wurde fast gleichwertig auch die gesunde Ernährung genannt. Meiner Meinung nach sind Bewegung und gesunde Ernährung die zwei wichtigsten und vor allem in einem familiären Alltag praktikabelsten „Bestandteile“ einer bewussten Erziehung zur gesunden Lebensführung. Das Thema der gesunden Ernährung haben die Mütter im Fragebogen angegeben und meinten damit, dass sie bewusst Gemüse, Obst und Milchprodukte in das Alltagsmenü der Familie einbringen. Einige Mütter antworteten, dass sie neben diesen Bemühungen auch die traditionelle Küche im Haushalt führen.

Um ein kohärentes Bild über die Antworten zu verschaffen, führe ich ausgewählte Aussagen der Eltern zu dieser Frage an:

- Ich versuche Krankheiten vorzubeugen (Kräuter).
- Ich lüfte zu Hause – für einen besseren Schlaf.
- Nach den Möglichkeiten treiben wir Sport / Übungen.
- Ich versuche meine Kinder darüber zu informieren, was für sie am besten ist – über die gesunde Ernährung, die Hygiene, gesunde Bewegung und andere Alltagsgewohnheiten.
- Ich muss zum Glück meine Kinder nicht zu einer gesunden Lebensführung zwingen.
- Alles, was ich kann, aber nur eine Teil davon, was ich möchte.
- Wir reden miteinander.
- Ich versuche meine Kinder auch zur Ausdauer zu führen.



#### *10.2.4 Feldbeobachtung - Hospitationen*

Das Ziel der Hospitationen, sowohl im Unterricht in den Konsolidierungsphasen als in den Gesundheitswochen war, wie im Kap. 7.2 angedeutet, eine Datei zu gewinnen, die einerseits bezüglich der Umsetzung der gesundheitsorientierten Interventionen in den Konsolidierungsphasen, kontextuelle Erklärungen bringen sollte. Andererseits sollte das Beobachtungsverfahren den Ablauf der jeweiligen Gesundheitswochen dokumentieren und für die Maßnahmen der formativen Evaluation dienen. Im weiteren Teil werden die Ergebnisse der Hospitationen aus den Konsolidierungsphasen vorgestellt.

Um einen möglichst natürlichen Ablauf des beobachteten Geschehens zu gewährleisten, habe ich immer wieder die Rolle eines teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Beobachters gewechselt. Diesen Rollentausch habe ich immer auf meinem Notizenblatt vermerkt. Die gewonnenen Daten bieten bei der Interpretation eher einen Spielraum an, in dem man allgemeine Tendenzen im Unterricht beschreiben kann. Dazu gehören die Reaktionen der Kinder auf die Bewegungsangebote im Unterricht und das aktuelle Klima in der Klasse. Bei den Lehrerinnen ging es um die Beobachtung von langfristigen Veränderungen in der Gestaltung des Unterrichts bezüglich der Bewegungsaktivität (vgl. Kap. 8.1). Aufgrund der großen Spanne der Beobachtungskriterien, lassen sich die gewonnenen Daten nicht genau quantifizieren. Folgende Kriterien wurden beobachtet:

- Das Einsetzen von Bewegungspausen, bewegungsorientierten Unterrichtsweise während des Unterrichts (JA x NEIN, Länge, mit Übungen, die auf richtige Körperhaltung ausgerichtet sind).
- Reaktionen der Kinder auf die Bewegungspausen, bzw. die bewegungsorientierte Unterrichtsweise.
- Sitzposition der Schüler und Schülerinnen.
- Eigenständige, selbstgesteuerte „Bewegungsaktivität“ der Schüler und Schülerinnen (ob sie sich spontan während des Sitzens dehnen, aufrichten, strecken usw.).
- Beleuchtung, Lüftung, das aktuelle Klima in der Klasse, der Unterrichtsfach und Unterrichtsstoff.

In der Anfangsphase der Hospitationen wurde meine Anwesenheit von den Kindern natürlich noch mehr wahrgenommen. Mit der Zeit haben sie sich an meine Anwesenheit gewöhnt und haben mir kaum noch Aufmerksamkeit geschenkt. Auch wenn ich später die Rollen (teilnehmend und nicht- teilnehmend) gewechselt habe, wurde ich als ein natürlicher Teil der Unterrichtsstunde akzeptiert. Insgesamt sind die Hospitationen unter Erhalt der natürlichen Bedingungen gelaufen.

Während meiner Hospitationen stellte ich fest, dass die Lehrerinnen bezüglich der „Bewegungsproblematik“ im Unterricht verschieden reagiert haben. Dies ist neben anderem auf die Persönlichkeitsunterschiede der Lehrerinnen zurückzuführen. Sie wurden zwar über die Notwendigkeit der gesundheitsorientierten Übungen und der Bewegung im Unterricht aufgeklärt und waren selber auch offen gegenüber solchen Maßnahmen. Jedoch konnte ich bei meinen Hospitationen nicht immer konsequente gesundheitsfördernde Schritte beobachten. Als Bewegungsquelle wurde am meisten die bewegungsorientierte Unterrichtsweise benutzt, und zwar mehrmals während eines Unterrichtsblocks (vgl. Kap. 8.3). Zu dieser Maßnahme zähle ich auch die Arbeit auf dem Boden („auf dem Teppich“), während der die Kinder spontan ihre Körperposition wählen und wechseln konnten. Somit wurde ihnen auch ein freier Raum gegeben, selbstständig über ihre Körperhaltung zu entscheiden.

Bei der Arbeit auf dem Teppich und den Bewegungspausen wurden Bewegungsspiele oder nur elementare Bewegungen benutzt, die nur hin und wieder, aber dann, gezielt auf die richtige Körperhaltung ausgerichtet wurden. Übungen, die rein auf die Körperhaltung abzielten, wurden nicht systematisch und konsequent konzipiert.

Ich habe auch den Zusammenhang zwischen dem aktuellen Klassenklima, dem aktuellen psychischen und physischen Zustand und der getroffenen Entscheidung der Lehrerinnen, beobachtet. Mit anderen Worten, es hat mich interessiert, wie die Lehrerinnen darauf reagiert haben, wenn die Kinder Müdigkeit, Aufregung, Unkonzentriertheit aufgewiesen haben, oder wenn ihre Körperposition beim Sitzen ganz falsch war. Je nach der Dynamik des aktuellen Klassenklimas haben dann die Lehrerinnen die Entscheidung getroffen, entweder aktivierende oder beruhigende Spiele und Bewegungen zu einzuordnen. Vom Fall

zu Fall konnte ich auch beobachten, dass die Lehrerinnen den Kindern die Bedeutung einiger Übungen erklärt haben. Für die Durchführung der richtigen Körperhaltung boten sich die Lehrerinnen als Vorbild an. Für das Fehlen von Bewegung im Unterricht, gab es folgende Gründe:

- Zeitdruck im Lehrplan.
- Jahrgangsübergreifender Unterricht.
- Wiederholung des Lehrstoffes / Überprüfung der Kenntnisse.

Mit einer bewegungsorientierte Unterrichtsweise begannen sehr oft die Unterrichtsstunden. Im weiteren Verlauf der Stunden haben die Lehrerinnen, je nach Situation, die Arbeit „auf dem Teppich“ und hinter der Bank gewechselt. Die Bewegungspausen haben die Lehrerinnen am meisten in der Stundenmitte als Belastungskompensation, in seltenen Fällen zur Aktivierung des Organismus am Anfang der Unterrichtsstunde, durchgeführt. In den meisten Fällen reagierten die Lehrerinnen flexibel auf die Bedürfnisse der Kinder mit beiden Formen der angesprochenen Bewegungseinheiten. Manchmal kommentierten die Lehrerinnen ganz spontan ihre Lehrtätigkeit. Die bewegungsorientierte Unterrichtsweise, vor allem das Arbeiten auf dem Teppich, sahen sie unterschiedlich. Zum einen als ein Arbeitsmittel, das die Schüler und Schülerinnen zu einer „homogenen“ sozialen Gruppe machte, in der der Selbstständigkeit mehr Raum gegeben wird, zu anderen als Möglichkeit, mehr Bewegung in den Unterricht einzubringen.

Es galt auch als eine allgemeine Regel während des Unterrichts, dass Kinder, wenn sie das Bedürfnis hatten, eigenständig elementare Bewegungen (wie Händeausschütteln, Finger entspannen, sich dehnen und dabei gähnen) durchführen dürften.

Die beiden Formen von Bewegungseinheiten wurden von den Kindern durchaus entweder als ein natürlicher Teil des Unterrichts wahrgenommen, oder sogar mit Begeisterung willkommen geheißen. Während keiner meiner Hospitationen habe ich negative Reaktion bei den Kindern beobachtet, die auf irgendwelche Unmotiviertheit für die Bewegungseinheiten hingewiesen hätten.

Der nächste Beobachtungspunkt war, welche Körperhaltung überwiegt, wenn die Kinder im Unterricht sitzen. Aufgrund des breiten Beobachtungsmodus war

es nicht möglich und auch nicht beabsichtigt, eine quantitativ genaue Analyse zu diesem Kriterium anzustellen. Aus den Beobachtungsergebnissen lässt sich jedoch feststellen, dass das Verhältnis von beobachteter richtiger und unrichtiger Sitzposition der Kinder ca. 1:2 war, wobei die Dauer der richtigen Sitzposition bei der Bewertung nicht berücksichtigt wurde. Am Beginn der Unterrichtsstunden hatten die Kinder gewöhnlich mit einer richtigen Sitzposition angefangen, wechselten aber im Laufe des Unterrichts ziemlich schnell zu einer unrichtigen Position.

Zu einem wichtigen Einflussfaktor für das richtige Sitzen der Kinder, wurde auch das verbale und nonverbale Korrigieren durch die Lehrerinnen. Dies habe ich in der Anfangsphase seltener beobachtet als zu einem späteren Zeitpunkt. Die Qualität der verbalen oder nonverbalen Impulse wurde nicht bewertet. Wichtig scheint mir jedoch, welche Auswirkungen das Handeln der Lehrerinnen auf das Handeln der Schüler und Schülerinnen hatte. Nach einer Bewegungspause, vor allem, wenn sie auf die Rückenschule fokussierte, hätte man erwarten können, dass auch die Kinder mit einer dementsprechenden Sitzposition reagieren würden. Dies war aber fast durchwegs nicht der Fall. Unmittelbar nach den Rückenübungen haben die Kinder auf die verbale oder nichtverbale Korrektur ihrer Körperhaltung reagiert, kehrten aber nach wenigen Sekunden wieder in die unrichtige „Ausgangsposition“ zurück. Wie häufig die Kinder im Unterricht auf ihre Körperhaltung aufmerksam gemacht wurden, wurde nicht systematisch festgestellt, außer in den Hospitationen.

In der Anfangsphase der Hospitationen konnte ich nur sehr selten beobachten, dass die Kinder ihre Sitzposition während des Unterrichts korrigiert haben. Am Beginn des Schuljahres 2000/2001, im Herbst, wurde eine „Mini-Intervention“ durchgeführt, die auf das gesunde und richtige Sitzen, die richtige Körperhaltung ausgerichtet war. Seit dieser Maßnahme habe ich häufiger solche eigenständigen Korrekturen beobachten können, wovon ich ableiten kann, dass die Kinder für diese Problematik mehr sensibilisiert wurden. Zu der selbstständigen Korrektur der eigenen Körperhaltung während des Unterrichts, zähle ich auch die Reaktionen der Kinder auf die verbalen oder nichtverbalen Korrekturen von der Lehrerinnenseite.

Weiterhin haben mich auch die hygienischen Bedingungen (Beleuchtung, Belüftung) in der Klasse interessiert, welche Auswirkungen die auf die Aufmerksamkeit, dann die Stimmung der Kinder und überhaupt das gesamte Klassenklima, haben könnten. Bei den Hospitationen stellte ich fest, dass sich die Lehrerinnen dieser Problematik bewusst waren und dementsprechend konsequent darauf achteten, dass der Klassenraum sehr gut gelüftet wurde und optimal beleuchtet war. Allerdings konnte ich selten beobachten, dass die Lehrerinnen den Kindern den Zusammenhang von konzentriertem Arbeiten, richtiger Lüftung und gesunder erklärten.

Das gesamte Klassenklima in den Hospitationsstunden hat den natürlichen Bedingungen, die einen guten Unterricht gewährleisten, entsprochen. Das bedeutet, dass in den Klassen überwiegend eine gute Arbeitsatmosphäre herrschte und sich keine sozial-dynamischen Hindernisse aufbauten.

Allgemein lies sich während der Hospitationen feststellen, dass seit der gesundheits- und bewegungsorientierten Intervention (Gesundheitswochen und deren Konsolidierungsphasen) das Interesse der Kinder an der Bewegungsaktivität im Unterricht und auch ihr Bewusstsein über die Gesundheitsproblematik (z.B. das gesunde Sitzen, Sich Bewegen als Entspannungsform) gestiegen waren. Dies äußerte sich neben anderem durch spontane verbale oder nicht verbale Reaktionen der Kinder im Unterricht. Im Ergebnis wird jedoch die Sensibilisierung, bzw. der Bewusstheit über die Problematik der gesunden Körperhaltung bei den Kindern nicht durch Effektivität gekennzeichnet. Ein Grund dafür kann auch darin liegen, dass die Lehrerinnen nicht konsequent ihre gesundheitsorientierte Impulse den Kindern während des Unterrichts vermittelt haben. Auch die schulische Leistung der Kinder stand nach wie vor im Vordergrund.

## 11 Diskussion und Ausblick

Wie ich schon mehrmals in dieser Arbeit angeführt habe, gibt es auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und der gesundheitsorientierten Erziehung, also im pädagogischen und konkreter im schulischen Bereich, zahlreiche Bemühungen, Kinder und Jugendlichen innerhalb der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zu einer gesunden Lebensweise zu führen. Es wird zwar immer deutlicher die Notwendigkeit einer praktischen Umsetzung des veränderten Denkparadigmas auf dieser Ebene erkannt, trotzdem besteht dafür keine Dringlichkeit. Gründe dafür liegen sicher in der Tatsache, ob und wie man den Kindern eine gesunde Lebensweise „erlebnisorientiert“ darstellen kann. Und zwar so, dass sie nicht nur während der Projektarbeit, sondern auch in ihrem Alltag fähig sind, die „erlebte“ Gesundheit fest einzuordnen und sich gesundheitsorientiert zu bewegen, wenn sie das Bedürfnis dazu spüren.

Das Ziel dieser Arbeit war es, das in Deutschland entworfene Konzept der Gesundheitsförderung am Beispiel der Gesundheitswochen an einer ausgewählten Grundschule in den tschechischen Bedingungen zu prüfen, dieses zu analysieren und auszuwerten. Innerhalb der Evaluation des Projektes wurde spezifisch auf die Bewegungsproblematik eingegangen.

Um überhaupt mit den Begriffen „Gesundheit“ und „Bewegung“ praktisch operieren zu können, war es notwendig, diese möglichst präzise darzustellen. Aus einer ganzen Reihe von Definitionen, Verständnissen und Interpretierungen dieser zwei Begriffen, hat sich für die Gesundheitsförderung innerhalb des schulischen Bereichs für mich das Salutogenese-Modell von Antonovsky mit seinem dialogorientierten Ansatz und das auf das Sich-Bewegen fokussierte Ressourcenmodell von Ilg am plausibelsten dargestellt. Ich sehe in diesen beiden Modellen viel Potenzial im Bezug auf die Nachhaltigkeit ihrer Wirkung. Im Salutogenese-Modell mit seinem Kohärenzkonzept steht theoretisch die Frage einer nachhaltigen Wirkung gesundheitsorientierter pädagogisch-erzieherischer Aktivitäten verankert (vgl. Kap. 4.3). Im Ressourcenmodell wird das Kohärenzgefühlkonzept mittels des Sich-Bewegens operationalisiert. Wie die praktische Umsetzung der oben genannten Ansätze gelungen ist, zeigen die Ergebnisse der Untersuchungen.

Die selbstständige gesundheitsorientierte Handlungsfähigkeit, die in diesem Projekt als ein Komplex von selbstständigem Bewegungshandeln mit einem gesundheitsrelevanten Wissen dargestellt wird, wurde als Hauptziel der Gesundheitswochen, ergänzt durch seine Teilziele, festgelegt (vgl. Kap. 7.2). Aufgrund der vorliegenden Fragestellung wurde Hypothese 1 formuliert, die auf die Realisierbarkeit des Projektes ausgerichtet war. Die Wirksamkeit der Gesundheitswochen sollte mit dem Komplex „selbstständige gesundheitsorientierte Handlungsfähigkeit“, mit dem Umfang der Bewegungsaktivität der Kinder im Alltag und mit ihren körperlichen Dispositionen erfasst werden (vgl. Kap. 8.2). Die Realisierbarkeit des Projektes wurde durch die Rahmenbedingungen des Konzeptes und durch den Vollzug dieser Bedingungen gegeben. Dazu gehörten sowohl die zeitliche als auch die organisatorische Struktur, und der Inhalt der Gesundheitswochen.

Innerhalb dieser drei Pfeiler hat sich bestätigt, dass der Dreierschritt Planung – Vorbereitungsphase (mit ihrer lang-, mittel- und kurzfristigen Planung) - Durchführungsphase und Konsolidierungsphasen (vgl. Kap. 7.5) vor allem in der Anfangsphase des Projektes, also bei den ersten geplanten Gesundheitswochen, einzuhalten sind. Es geht um eine innovative Maßnahme, deren Wirksamkeit neben anderem auch von einem reibungslosen Ablauf abhängig ist. Ein innovatives Projekt bringt nicht nur erfrischende und belebende Impulse mit sich, sondern gilt auch als Herausforderung, die zusätzlichen Aufgaben in einer bereits so „umfangreichen“ Aufgabenwelt des Lehrers abzuwickeln.

Die Pilotphase des Projektes in der Grundschule Brumovice wurde dadurch kompliziert, dass es für eine reibungslose Planung und Durchführung an einheitlichen methodischen Materialien fehlte, die für die Lehrerinnen der Grundschule als ein wichtiger Leitfaden hätten dienen können (vgl. Kap. 10.1.2). Diesem Mangel wurde im Rahmen einer formativen Evaluation nachgegangen (vgl. Kap. 9.2). Weitere Schulungen und Besprechungen mit organisatorisch-methodischen Hinweisen für die Lehrerinnen haben stattgefunden und zudem wurde auch noch ein intensiverer Kontakt zwischen der Pädagogischen Fakultät, als dem ursprünglichen Projektorganisator und den Lehrerinnen gepflegt. Um die Inhalte für die gesundheitsorientierte Aktivität im Unterricht und Alltag in den Konsolidierungsphasen zu konkretisieren, wurde ein Übungsheft

zusammengestellt, das als Ausgangspunkt, bzw. Impulsmaterial für die Arbeit der Kinder und Lehrerinnen vorgesehen war. Dieses Heft „Čipera“ (vgl. Kap. 10.2.2) haben die Kinder und Lehrerinnen nur kurzfristig nach seinem Verteilen benutzt und deshalb hat es sich wohl auch nicht in ihrem Alltag als Arbeitsmaterial etabliert. Laut Aussagen der Lehrerinnen war „Čipera“ eine zu flache Variante des Arbeitsmaterials und konnte deshalb die Kinder, aber auch selbst die Lehrerinnen auf Dauer nicht motivieren. Aufgrund dieser Feststellung wurde ähnlich wie bei den deutschen Autoren (vgl. Ilg und Knappe, 1999; Mahlitz, 2002), eine andere Variante eines Motivations- und Arbeitsheftes zusammengestellt, das abwechslungsreiche und themenorientierte Impulse für eine gesundheits- und bewegungsorientierte Aktivität für den Unterricht und Alltag enthalten hat. Wie ich schon im Kap. 7.3.2 erwähnte, ist diese Ausarbeitung aus Mangel an finanziellen Mitteln, nicht über den Rahmen einer Diplomarbeit hinausgekommen (Novosadová, 2002).

Weiterhin wurden Inhalte und Themen für die geplanten Gesundheitswochen „spontan“ festgelegt. In der Praxis sind zwar die thematischen und inhaltlichen Impulse von den Lehrerinnen bestimmt worden. Im deutschsprachigen Raum lagen aber bereits vor der Realisierung der Projektwochen diese Materialien vor. In der Grundschule Brumovice bedeutete die Vorbereitung der methodischen Grundlagen einen zusätzlichen organisatorischen Aufwand, der ohne Hilfe eines hinzugekommenen Teams der Pädagogischen Fakultät, nicht hätte im vollen Umfang realisiert werden können. Dies hat auch nach dem Abschluss der Evaluation ein Feedback der Lehrerinnen der Grundschule Brumovice bestätigt, in dem mir mitgeteilt wurde, dass die Gesundheitswochen nach dem Abschluss der Evaluation zwar weiter gelaufen waren, das Programm aber nicht ohne zusätzliche Hilfe des Fakultätsteams in vollem Umfang durchgeführt werden konnte. Dass fertige, thematisch orientierte und methodische ausgerichtete Materialien dringend notwendig sind, wie man sie etwa bei deutschen Autoren findet, hat sich dadurch wieder einmal bestätigt.

Für die Teilnahme an dem Projekt wäre im Bezug auf eine nachhaltige Wirkung wünschenswert gewesen, wenn das Dreieck Schüler - Lehrer - Eltern im Großen und Ganzen zum Einsatz gekommen wäre, damit ein für die Kinder konsequentes Wirkungsfeld hätte entstehen können. Die Teilnahme während der



gesamten Projektzeit zeigt aber ein ganz anderes Bild. Die Teilnahme der Lehrer und Schüler war während der Projektwochen gesichert. Während der Gesundheitswochen ist die Motivation für die Teilnahme durch eine klare Rollen- und Aufgabeneinteilung, die sich während der gesamten Projektzeit etabliert hat, wesentlich bestimmt worden. Die Lehrerinnen wurden teilweise auch dank der „bewegungsvollen“ Atmosphäre mitgerissen. Das gesamte Kooperationsklima zwischen den Eltern und der Schule hat sich durch die Gesundheitswochen nur minimal gebessert. Es ist gelungen, einen Teil der Eltern für die Teilnahme zu sensibilisieren, ihre aktive Beteiligung ist in den meisten Fällen aber als sehr bescheiden, also eher als passiv einzustufen. So kann man die Beteiligung der Eltern an dem Projektprogramm, ob als aktive oder passive Teilnehmer in den Projektwochen als eher mangelhaft bezeichnen. Die meisten der Eltern führten zwar an, dass sie sich eine bewegungsreichere Woche mit den Kindern vorstellen könnten, jedoch fehle ihnen die Zeit für einen bewussten Umgang mit Bewegungsaktivität im Alltag. Aus diesen Ergebnissen und aus der Beobachtung und der Gruppengespräche während der Elternabende, ließe sich feststellen, dass den Eltern offensichtlich die Motivation für einen bewussten gesundheitsorientierten Lebensstil fehlt.

Die sowohl schriftlichen als auch mündlichen Aussagen und auch ganz spontane Reaktionen der Kinder zeigten, dass ein großer Motivationsfaktor für sie die Anwesenheit des Fakultätsteams, sprich Studenten und Dozenten, darstellte. Die Rolle eines nahe stehenden Partners, der an dieser Stelle die Eltern der Kinder vertreten sollte, wurde durch das Helferteam der Pädagogischen Fakultät erfüllt. Diese Tatsache hat zwar zu einer positiven und motivierenden Atmosphäre beigetragen, im Sinne einer nachhaltigen Wirkung kann man sie aber nicht als Effektivitätsfaktor zählen. Wie in früheren Kapiteln schon erwähnt, gibt die Kohärenz dem Kind in seiner engsten sozialen Umgebung, deren Teile (Eltern und Lehrer) sich gegenseitig ergänzen und unterstützen, eine unersetzbare Grundlage für sein eigenes kohärentes Empfinden und Handeln.

In den Konsolidierungsphasen zeigten sich die Eltern für das Schulleben noch weniger engagiert, nahmen nur selten am Unterricht und eher passiv an außerschulischen Aktivitäten teil. Die Auseinandersetzung mit den objektiv belastenden Störfaktoren, wie die aktuelle Situation in den Klassen, die allgemeine Situ-

ation in der Schule, mangelnde Zusammenarbeit der Eltern mit der Schule, Verwaltungsaufgaben, die Alltäglichkeit, hat die Motivation der Lehrerinnen und damit auch die der Kinder für gesundheitsorientierte Tätigkeiten in den Konsolidierungsphasen, beeinträchtigt. Die Überbelastung durch alltägliche Widrigkeiten hat die Motivation der Lehrerinnen, konsequent und zielorientiert im gesundheitsorientierten Sinne mit den Kindern zu arbeiten, stark beeinflusst. Als motivierendes Feedback zeigte sich für die Lehrerinnen nicht nur das Erfüllen ihrer pädagogischen Ziele. Eine potenzielle Profilierung der Schule im gesamten Schulennetz und eine Steigerung der Möglichkeiten, sich neue materielle und finanzielle Mittel anzuschaffen, waren auch von Bedeutung. Die Diskrepanz zwischen den angestrebten Zielen und der sich darbietenden Realität mit ihren steigenden Ansprüchen, sowohl an Bildungs- und Erziehungszielen, als auch an Verwaltung, wirkten als stark demotivierender Faktor. Von außen betrachtet, befanden sich die Lehrerinnen während der gesamten Projektzeit in einem großen und sie belastenden Zwiespalt.

Wie im Kapitel 4 dargestellt wurde, hat der theoretische Hintergrund der Zielsetzung des Projektes auf dem Modell der Salutogenese basiert. Das gefragte Kohärenzgefühl wurde durch das im Ressourcenmodell beinhaltete Bewegungshandeln operationalisiert. Die Wirksamkeit der Projektwochen wurde auf die Überprüfung der Komponenten des Bewegungshandelns, also die kognitive, konative und die körperliche Disposition der Kinder ausgerichtet.

Das Wissen und die Bewusstheit, bzw. die Sensibilisierung der Kinder, die an den einzelnen Wochen teilgenommen haben, wurden durch die implementierten gesundheitsorientierten Themen unterschiedlich geprägt. Es wurde festgestellt, dass sich das Wissen der beteiligten Kinder unmittelbar nach den Gesundheitswochen erweitert und auch ihre Motivation zum gezielten gesundheitsorientierten Handeln noch gewisse Zeit angehalten hat. Während der Konsolidierungsphasen wurden die Kenntnisse und die Motivation zu einem bewussten und gezielten gesundheitsorientierten Handeln wieder geringer, und haben nicht ausgereicht, dass die Kinder diese angesammelten Kenntnisse in ihrem Alltag selbstständig, gezielt und regelmäßig umsetzen konnten (vgl. Kap. 10.2.1). Somit lassen sich die Kausalhypothese 1 und 2 für die Zeit während

der Gesundheitswochen und unmittelbar danach bestätigen, für die Konsolidierungsphasen jedoch nicht.

Zwar hat die Befragung der Kinder über ihre alltägliche Bewegungsaktivität positive Ergebnisse und Veränderungen in ihren Einstellungen zur Bewegungsaktivität aufgezeigt. Aufgrund der Ergebnisse der körperlichen Dispositionen lässt sich jedoch aus den Aussagen der Kinder ableiten, dass sie sich auf einer kognitiven Ebene vielleicht bewusster mit diesem Thema auseinandergesetzt haben, im bewegungsorientierten Sinne aber nicht bewusst und, oder gezielt gehandelt haben. Antworten im Sinne einer sozialen Erwünschtheit lassen sich nicht ausschließen.

Sowohl die untersuchte Leistungsfähigkeit, als auch die Körperhaltung haben keine solchen Tatsachen ergeben, die auf einen größeren Umfang einer effektiven Bewegungsaktivität im Alltag der Kinder deuten würden. Kausalhypothese 3 lässt sich in diesem Sinne also nicht bestätigen. Kausalhypothese 4 kann man nur in einzelnen Fällen bestätigen. Statistisch bedeutende Verbesserungen sind nur bei Body Mass Index und der Körpergröße zu beobachten, die wie im Kap. 10.2.1 angeführt wurde, im Zusammenhang mit dem altersgemäßen Entwicklungstendenzen stehen. Eine minimale Verbesserung ist bei der Bauchmuskulatur festzustellen. Andere Verbesserungen sind nur in Einzelfällen zu beobachten und auch hier kann man den Einfluss der altersgemäßen Entwicklungstendenzen nicht ausschließen (vgl. Kap. 10.2.1, S. 244).

Wie Bengel et al. (1998, S. 99) anführt, kann man auch im Rahmen dieser Arbeit die Zusammenhänge zwischen dem eigenen Handeln und dem bestehenden Kohärenzgefühl nur postulieren und nicht direkt belegen.

Innerhalb der dargebotenen Kosten- Nutzen- Relation zeigten sich die Gesundheitswochen unter den oben beschriebenen Rahmenbedingungen und den Einflussfaktoren für die tschechischen Grundschulen als durchaus realisierbar. Am Beispiel der Grundschule Brumovice hat man gesehen, dass schon mit geringen Mitteln, sowohl finanziellen als auch materiellen und räumlichen es möglich ist, diese „bewegungsvollen“ Erlebniswochen erfolgreich zu realisieren. Ohne die Tatsache, dass an den Gesundheitswochen das Universitätsteam durchgehend beteiligt war, wäre die Realisierbarkeit des Projektes in der Grundschule Brumovice unter den bestehenden Bedingungen, sowohl in finanzieller und ma-

terieller, als auch in personaler Hinsicht, stark eingeschränkt, ja vielleicht indiskutabel gewesen. Deswegen sind einige Aspekte zu beachten.

Um eine effiziente Verwirklichung der im Voraus gestellten Ziele, die sich auf die Realisierung der Projektwochen beziehen, sollten die zukünftigen potenziellen tschechischen Projektträger auf folgende Ansprüche stärker fokussieren:

- Durch Sponsoren oder Drittmittel genügend finanzielle, bzw. materielle Mittel zu sichern, um diverse thematisch orientierte methodische Materialien zu entwickeln und sie schon vor der Planung der Wochen den Schulen zur Verfügung zu stellen;
- Aufgrund der methodischen Materialien auch die Geräte anzuschaffen, die für eine reiblose und den Anforderungen des Projektes entsprechende Durchführung, benötigt werden;
- Eine Voruntersuchung der Meinung der Eltern zur Teilnahme an einem solchem Projekt durchzuführen, um die Rahmenbedingungen des Projektes für die Schule passend konkretisieren zu können (z.B. schon im Voraus Helfer aus den Reihen der Eltern zu gewinnen).

Im salutogenetischen Sinne und auf die Stärkung, bzw. Erhaltung des Kohärenzgefühls bezogen, ist für eine effiziente bewegungsorientierte Gesundheits-erziehung innerhalb der Projektwochen weiterhin zu empfehlen:

- die Erziehung zu einer gesunden Lebensweise konsequent als Hintergrundmotto im Schulleben zu etablieren;
- so oft, wie möglich den Unterricht mit gemeinsamen Morgenübungen zu beginnen;
- regelmäßig diverse Bewegungspausen, sowohl mit spielerischem Charakter, als auch als gezielte Übungseinheiten zu implementieren;
- während der Unterrichtspausen auch Bewegungsmöglichkeiten den Kindern zu schaffen;
- Gesundheitsthemen nach den Möglichkeiten fächerübergreifend ein zu setzen;
- Vergabe von bewegungsorientierten Hausaufgaben;
- die Eltern in das Nachmittagsprogramm und das gesamte Schulgeschehen mittels des Projektes aktiv einzuziehen, und somit die Zusammenar-

beit zwischen Schule und Eltern zu intensivieren und vertrauensgewinnender zu gestalten.

Eine städtische Umgebung könnte zum Rahmenprogramm jeder durchgeführten Projektwoche mit ihren variablen Sportstätten- und Vereinsangeboten stark beitragen. Nicht zuletzt ist die Tatsache zu beachten, dass der Zugriff auf Fachleute, die als Helfer in die Projektwochen engagiert werden können, in einer Stadt im Bezug auf finanziell-zeitlichen Ressourcen optimaler als dem auf dem Dorf ist. Auch die Annahme, dass das gesundheitsorientierte Bewusstsein der in der Stadt wohnhaften Eltern im Allgemeinen besser etablierter sein dürfte, ist nicht auszuschließen. Unter Beachtung aller dieser Faktoren, kann man durch eine präzise Projektplanung mit einer überlegten Kosten-Nutzen-Analyse die Gesundheitswochen als ein Projekt sehen, das in sich im Bereich der bewegungsorientierten Gesundheitserziehung viel nutzbares Potenzial verankert.

Die Gesundheit als ein abstrakter Begriff ohne einen Erlebnisaspekt, ist für die Kinder kaum bewusst wahrnehmbar und in ihrem Wissen, Empfinden und Handeln lebbar. Die Gesundheitswochen an sich bieten ein großes Spektrum an bewegungsorientierten Erlebnismöglichkeiten an, die kurzfristig nicht nur das Schulleben, sondern auch den Alltag der beteiligten Kindern, bzw. Familien deutlich bereichern können. Die Effektivität der Projektwirkung auf das Kohärenzgefühl der Kinder, bzw. ihre Handlungsfähigkeit, kann aber nicht längerfristig, also in den Konsolidierungsphasen, tatsächlich gewährleistet werden, ohne dass man die Erlebnisse der Projektwochen in gezielte Bewegungsgewohnheiten innerhalb des sozialen Dreiecks kontinuierlich und kohärent umsetzt. Unter Einbehaltung der oben genannten Empfehlungen sind die Gesundheitswochen als ein Projekt, das mehr Bewegung anbietet und durch bewegungsorientierte Themen Erlebnisse auf dem Feld Gesundheit vermittelt, für das schulische Umfeld sehr gut geeignet.

Auch die wirtschaftspolitischen Interessen der Gesellschaft sollten die Kinder nicht als eine Investition für die Zukunft, sondern als eine Investition in die Gegenwart betrachten. Den Kindern soll die Gesundheit nicht als fernliegendes Ziel, sondern als ein permanenter Begleiter auf dem Weg zu einer optimalen Lebensqualität allmählich vermittelt werden. Kinder sollten Kompetenzen er-

werben, die ihnen helfen, ihr Kohärenzgefühl zu stärken und zu erhalten (vgl. Bengel et al. 1998). Es sollten ständig die Möglichkeiten des Gesetzgebers, die materiellen und sozialen Bedingungen an den Schulen zu ändern, überprüft werden. Auch Bemühungen, die Kohärenz der Familien zu unterstützen, sollten zu politischen Prioritäten gehören. Denn eine vom Staat gesteuerte Unterstützung könnte helfen, gesundheitsorientierte Projekte nicht nur effizienter zu gestalten, so dass sie nicht nur zu „gute Launemachern“ werden, sondern sie gar unnötig machen. Schaffen und erhalten eines Netzwerks, in dem ein kontinuierlicher Dialog in der Gesellschaft (Schule, Familie, staatliche Institutionen) möglich ist, sollte eine der politischen Prioritäten sein, um das angestrebte höchste Gut „die Gesundheit“ und die damit verbundene Lebensqualität des Menschen, zu optimieren.

## 12 Literaturverzeichnis

- Abele, A.; W. Brehm (1986). Befindlichkeitsveränderungen im Sport. *Sportwissenschaft*, 16, 288 – 302.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Altenberger, H. (2003). Erziehung durch Sport – vom Wissen zum Handeln. *Bewegungserziehung*, 4, 31 – 35.
- Altenberger, H., Erdnöß, S., Fröbus, R., Höss-Jelten, C., Oesterheld, V., Sigl-reitmaier, F. & Stefl, A. (2005). *Augsburger Studie zum Schulsport in Bayern*. Donauwörth: Auer.
- Andresen, U. (2000). *Ausflüge in die Wirklichkeit. Grundschulkinder lernen im dreifachen Dialog*. Weinheim und Basel.
- Angyal, A. (1941). *Foundations for a science of personality*. New York: The Commonwealth Fund.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1981). *Health, Stress and Coping*. London: Jossey Bass.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen.
- Balz, E. (1995). *Gesundheitserziehung im Schulsport. Grundlagen und Möglichkeiten einer Diätetischen Praxis*. Schorndorf: Verlag Karl Hoffmann.
- Baumann, H. & Reim, H. (1994). *Bewegungslehre*. Sauerländer Aarau: Diesterweg.
- Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Becker, P. (1992). Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. In P. Paulus (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 91-107). Köln: GwG.
- Becker, P. (1992). Seelische Gesundheit als protektive Persönlichkeitseigenschaft. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 21, 64-75.

- Beiser, D. (2003). Erlebnispädagogik konkret. Zugriff am 20.11.2006 unter [http://web.uni-bamberg.de/~ba3se99/SRO/ dokumente/Dirk\\_Beiser\\_Erlebnispaedagogik\\_Theorie.doc](http://web.uni-bamberg.de/~ba3se99/SRO/ dokumente/Dirk_Beiser_Erlebnispaedagogik_Theorie.doc)
- Bengel, J. & Koch, U. (Hrsg.) (1988). Evaluationsforschung im Gesundheitswesen. In U. Koch, G. Lucius-Hoene & R. Stegic (Hrsg.), *Handbuch der Rehabilitationspsychologie* (S.321-347). Berlin: Springer.
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (1998). *Was erhält Menschen Gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. Köln. BZgA.
- Bílá kniha. Zugriff am 9.1. 2007 unter <http://www.msmt.cz/files/pdf/bilakniha.pdf>
- Boček, L. (2001). *Vývoj české vzdělávací politiky a porovnání jejích klíčových témat se vzdělávací politikou Evropské unie v období 90. let*. Diplomarbeit. Brno: ÚPV.
- Bohm, D. & Factor, D. (1988). *Die verborgene Ordnung des Lebens*. Grafing: Aquamarin Verlag.
- Bohm, D. (1998). *Der Dialog das offen Gespräch am Ende der Diskussion*. Stuttgart.
- Bös, K. (2001). *Handbuch sportmotorischer Tests*. Göttingen: Hogrefe.
- Bös, K. (2003). Motorische Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen. In W. Schmidt, I. Hartmann-Tews & W.-D. Brettschneider (Hrsg.), *Erster Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht* (S. 85-107). Schorndorf: Hofmann.
- Bös, K. & Mechling, H. (1992). Motorik. In P. Röthig (Hrsg.), *Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport: Bd. 49/50. Sportwissenschaftliches Lexikon*. 6. völlig neu bearb. Aufl. (S. 319-322). Schondorf: Hofmann
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Breakwell, G. M. (1990). *Interviewing*. Leicester: The British Psychological Society.
- Bucher, T. H. (1983). *Dialogische Erziehung*. Bern, Stuttgart.
- Buytendijk, F.J.J. (1956). *Allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung*. Berlin/Göttingen/Heidelberg.



- Cabrnochová, H. (2006). *Výskyt nadváhy a obezity u českých dětí*.  
<http://www.cabrnochova.cz/media/19042006.pdf>
- Capra, F. (1998). *Das neue Denken*. München.
- Čermáková, M., Dostálová, Z. & Bunc, V. (2001). Physical fitness of allergic and frequently ill children. In H. Válková & Z. Hanelová (Eds.). *Movement and Health – Proceedings* (pp. 127-129). Olomouc: Palacky University, Faculty of Physical Culture.
- Chirban, J. T. (1996). *Interviewing in Depth*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Chráska, M. (1993). *Základy výzkumu v pedagogice*. Olomouc: PedF UP.
- Cohen, F. (1984). Coping. In J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd, N.E. Miller & S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. New York: Wiley.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, (3), 269-297.
- Dann, H. - D. (1994). Pädagogisches Verstehen: Subjektive Theorien und erfolgreiches Handeln von Lehrkräften. In K. Reusser & M. Reusser-Weyeneth (Hrsg.), *Verstehen. Psychologischer Prozeß und didaktische Aufgabe* (S. 163-182). Bern: Huber.
- Denzin, N. (1978). *The research act*. London, Prentice-Hall.
- Douglas, M. (1973). *Natural Symbols: Exploration in Cosmology*. New York: Vintage Books.
- Drexel, G. (2002). *Paradigmen in Sport und Sportwissenschaft*. Schorndorf.
- Driscoll, R. & Parkinson, G. *Online Dictionary of the Social Sciences*. Zugriff am 24.5.2006 unter <http://bitbucket.icaap.org/dict.pl?alpha=H>
- Du Bois, J., Schetze-Coburn, S., Cumming, S. & Paolino, D. (1993). Outline of discourse transcription. In J. Edwards & M. Lampert (Eds.), *Talking data: Transcription and coding in discourse research* (pp. 45-90). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Duden, B. (1991). *Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Missbrauch des Begriffs Leben*. Frankfurt.

- Ehlich, K. (1993). HIAT: A transcription system for discourse data. In J. Edwards & M. Lampert (eds.), *Talking data: Transcription and coding in discourse research* (pp. 123-148). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- El-Giamal, M. (1994). Die Psychologie des Wohlbefindens. Zugriff am 7.10.2006 unter <http://www.unifr.ch/spc/UF/94avril/el-giamal.html>
- Faltermaier, T. (1994). *Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlag Union.
- Feldenkrais, M. (1985). *Abenteuer im Dschungel des Gehirns*. Frankfurt: Suhrkamp. 3. Auflage.
- Feldenkrais, M. (1988). *Bewusstheit durch Bewegung*. Frankfurt: Suhrkamp. 11. Auflage.
- Feldenkrais, M. (1989). *Das starke Selbst*. Frankfurt: Suhrkamp. 1. Auflage.
- Fetz, F. (1989). *Bewegungslehre der Leibesübungen*. Wien: Österreichischer Bundesverlag.
- Fielding, N.G. & Fielding, J. L. (1986). *Linking data*. Sage, Beverly Hills.
- Flick, U. (1991). Triangulation. U. Flick, E. von Kardoff, H. Keupp, L. von Rosenstiel & S. Wolff (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (S. 432-434). München: Beltz - Psychologie Verl. Union.
- Flick, U. (2001). Stationen des qualitativen Forschungsprozesses. In U. Flick, E. von Kardoff, H. Keupp, L. von Rosenstiel & S. Wolff (Hrsg.), *Handbuch qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (S. 147-173). München: Beltz - Psychologie Verl. Union.
- Frankl, V. (1975). *The Unconscious God*. New York: Simon & Schuster.
- Frederking, H. (1996). Die Nutzbarkeit der Kritischen Psychologie nach Holzkamp und der Diskursanalyse nach Foucault als analytische Arbeitsmittel. *Konzeptionelle Grundsätze der psychosozialen Beratung mit Erwerbslosen am Beispiel der Solidarischen Psychosozialen Hilfe Hamburg e. V.* Zugriff am 7.10.2006 unter <http://www.spsh.de/texte/dgvt-beitrag-1996.html>
- Freiwald, J & Engelhardt, M., Konrad, P., Jäger M. & Gnewuch A. (1999). Dehnen, neuere Forschungsergebnisse und deren praktische Umsetzung. *Manuelle Medizin* 37(1), 3 – 10.

- Fried, M. (1982). Endemic Stress: The Psychology of Resignation and the Politics of Scarcity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52, 4 - 19.
- Fromm, E. (1988). *Haben oder Sein. Die seelischen Grundlagen einer neuen Gesellschaft*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Fuhrer, U. (1984). *Mehrfachhandeln in dynamischen Umfeldern*. Göttingen: Hogrefe.
- Gartner, K. (1992). *Handbuch der Gesundheitsvorsorge; Mit einfachen Mitteln die Gesundheit erhalten*. Freiburg i. Brsg.: Verlag Herder.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2004). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*, 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Göhner, U. (1980). Abriss einer Bewegungslehre des Sports. *Sportwissenschaft* 10(3), 223 – 239.
- Gottlieb, B.H. (1981). *Social networks and social support*. Beverly Hills: CA: Sage.
- Göckenjan, G. (1985). *Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Grmela, R. (2001). Náprava poruch pohybového ústrojí u dětí na 2. stupni základní školy. In V. Vilímová, I. Havlíček & V. Sobotka (Hrsg.), *Nové poznatky v kinantropologickém výzkumu* (S. 74-77). Brno: PdF MU.
- Gröbning, S. (1993a). *Bewegungskultur und Bewegungserziehung. Grundlagen einer sinn-orientierten Bewegungspädagogik*. Schorndorf: Karl Hofmann Verlag.
- Gröbning, S. (2000): Bewegung und Gesundheit – das Gesundheitsmotiv in der Geschichte der Bewegungskultur. *Bewegungserziehung* 2/2000, 27-34.
- Grupe, O. (1982). *Bewegung, Spiel und Leistung im Sport: Grundthemen der Sportanthropologie*. Schorndorf: Hofmann
- Grupe, O. (1984). *Grundlagen der Sportpädagogik: Körperlichkeit, Bewegung und Erfahrung im Sport*. Schorndorf: Hofmann
- Haag, H. (1994). Der hermeneutische Zweig. In B. Strauß & H. Haag, (Hrsg.), *Forschungsmethoden-Untersuchungspläne – Techniken der Datenerhebung in der Sportwissenschaft* (S. 39-47). Schorndorf: Hoffmann Verlag.
- Hacker, W. (1978). *Allgemeine Arbeits- und Ingenieurpsychologie*. Bern: Huber.

- Haisch, J. & Zeitler, H. P. (1991). *Gesundheitspsychologie. Zur Sozialpsychologie der Prävention und Krankheitsbewältigung*. Heidelberg: Roland Asanger Verlag.
- Hansen, W. (1965). *Die Entwicklung des kindlichen Weltbildes*. München.
- Hartig, J. (2004). *Stress, Begriffe und Definition, Stressreaktionen und Stressoren, Erfassungsmethoden, Selbsthilfe und Diagnostik im WWW*. Zugriff am 27.4.2007 unter [http://www.joerghartig.de/info/Stress-%20Auszug%20aus%20der%20DA%20J\\_Hartig%202004-WWW\\_Seite.pdf](http://www.joerghartig.de/info/Stress-%20Auszug%20aus%20der%20DA%20J_Hartig%202004-WWW_Seite.pdf)
- Havlíková, M., Mayer, I. & Kopřiva, P. (1998). *Program podpory zdraví ve škole – rukověť projektu Zdravá škola*. Praha: Portál.
- Heckmaier, B. & Michl, W. (1998). *Erleben und lernen. Einstieg in die Erlebnispädagogik*. Neuwied: Luchterhand.
- Helmke, A. & Weinert, F.E. (1997). Bedingungsfaktoren schulischer Leistungen. In F.E. Weinert (Hrsg.), *Psychologie des Unterrichts und der Schule* (S. 71-176). Göttingen: Hogrefe.
- Hendl, J. (1997). *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum.
- Hendl, J. (1997). Metodologická triangulace v empirickém výzkumu. In L. Dobrý (Hrsg.), *Pedagogická kinantropologie, 2*. Praha: Karolinum.
- Hofstätter, P. R. (1957). *Gruppendynamik. Kritik der Massenpsychologie*. Hamburg: Rowohlt.
- Hopf, C. (1978). Die Pseudo-Exploration – Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung. *Zeitschrift für Soziologie*, 7, 97-115.
- Hotz, A. (1994). Mit Gewalt umgehen: eine Herausforderung. *Sporterziehung in der Schule* 1, 10-12.
- Hörl, S. (2003). *Bewegungsorientierte Gesundheitserziehung in der Volksschule am Beispiel von Salzburger Gesundheitswochen*. Dissertation. Universität Salzburg.
- Hurrelmann, K. (1991). *Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf*. 2. Aufl. Weinheim/München: Juventa-Verlag.
- Hurrelmann, K. (2002). Psycho- und somatosomatische Gesundheitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 11, 866-872. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.

- Hussy, W. (2006). *Versuchsplanung. (Kausal)Hypothesen (pdf)*. Zugriff am 16.5.2006 unter <http://www.psych-methoden.uni.koeln.de/veranstaltungen/methoden/versuchsplanung/Versuchsplanung-01-Hypothesen.pdf>
- Idler, E. (1979). Definitions of health and illness and medical sociology. *Social science and medicine*, Vol. 13A, 723-731. Pergamon Press Ltd.
- Ilg, H. (1994). Individuell gesundheitsorientierte Handlungsfähigkeit als Ziel der Greifswalder Gesundheitswochen. In H. Ilg & W. Mengisen (Hrsg.), *Konzepte, Erfahrungen und Ergebnisse zur Gesundheitserziehung/Gesundheitsförderung in der Schule und Freizeit*. (S. 10-16). Bern: Bericht über die 1. Sommerakademie für Bewegung, Spiel und Sport in Schule und Verein.
- Ilg, H. & Knappe, W. (1995a). Gesundheitsförderung – ein Konzept aus Greifswald (I). *Körpererziehung*, 45, 5, 170-175.
- Ilg, H. & Knappe, W. (1995b). Gesundheitsförderung – ein Konzept aus Greifswald (II). *Körpererziehung*, 45, 11, 389-394.
- Ilg, H. & Knappe, W. (1996). Gesundheitsförderung – ein Konzept aus Greifswald (III). *Körpererziehung*, 46, 5, 187-191.
- Ilg, H. & Knappe, W. (1999). *Bewegung als Quelle der Gesundheit. Teil 1: Schulkindalter*. Greifswald: Druckhaus Panzig.
- Janík, T. (2002). Otevřené vyučování. In J. Němec et al. (Hrsg.), *Komenský – odborný časopis pro učitele základní školy*. (S. 4-6). Brno: Pedagogická Fakulta MU.
- Janoušek, J. et al. (1986). *Metody sociální psychologie*. Praha: SPN.
- Janssen, W. (1988): Naturerleben. *Unterricht Biologie*, 137, 2-7.
- Jones, E. & Davis, K. (1965). A theory of correspondent inferences. From acts to dispositions. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 219-266). Academic Press (New York), Vol. 2.
- Keller, R. (1994). Mit Gewalt umgehen: eine Herausforderung. *Sporterziehung in der Schule* 1, 13-16.
- Kempf, H.-D. & Fischer, J. (1993). *Rückenschule für Kinder: Haltungsschwächen korrigieren – Haltungsschäden vorbeugen*. Reinbek: Rowohlt TB.
- Kieser, A. (Hrsg.) (1993). *Organisationstheorien*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

- Klaus, G. & Buhr, M. (1975). *Philosophisches Wörterbuch* (2 Bände, 11. Auflage). Berlin: deb.
- Kleining, G. (1991). Methodologie und Geschichte qualitativer Sozialforschung. In U. Flick, et al. (Hrsg.), *Handbuch qualitative Sozialforschung* (S. 11-22). München: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Kobasa, S.C. (1982). The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. In J.S. Sanders & J. Suls (Eds.), *Social Psychology of Health and Illness* (pp. 3-32). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kocka, J. (Hrsg.) (1987). *Interdisziplinarität: Praxis-Herausforderungs-Ideologie*. Frankfurt am Main.
- Kolektiv autorů (2005). *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. Praha: VÚP. Zugriff am 15.4.2006 unter [http://www.vuppraha.cz/soubory/RVPZV\\_2007-07.pdf](http://www.vuppraha.cz/soubory/RVPZV_2007-07.pdf)
- Kopřivová, J. (1995). Problematika testování a posilování břišních svalů. In *Diagnostika pohybového systému* (S. 91-96.). Olomouc: Univerzita Palackého.
- Kopřivová, J. (2001). Význam prevence funkčních poruch pohybového aparátu dětí mladšího školního věku. In M. Sebera, J. Bogdálék & V. Sobotka (Hrsg.), *Role tělesné výchovy a sportu v transformujících se zemích středoevropského regionu* (S. 107-109). Brno: PdF MU.
- Knotová, D. (2002). *Prostředí a výchova. Elektronické učební texty*. Brno. Zugriff am 6.5.2007 unter <http://www.phil.muni.cz/ped/newped/cz/storage/elskript/prostredi.pdf>
- Kratěnová J., Žejglicová K., Malý M., & Filipová V. (2005). *Výskyt vadného držení těla u dětí školního věku v ČR*. Zugriff am 23. April 2006 unter <http://www.ftvs.cuni.cz/eknihy/sborniky/2005-11-16/prispevky/sdeleni/8-Kratenova.htm>
- Kulka, H., Gutjahr, W. & Roether, D. (1974). Der Erzieherfragebogen (EFB). In W. Gutjahr, D. Roether, G. Frost & K.-H. Schmitd (Hrsg.), *Verfahren zur Diagnostik der Schulfähigkeit* (S. 123-182). Berlin: Verlag der Wissenschaften.
- Kunath, P. (1987). Die Einheit von Kognition, Motivation und Emotion in der Regulation sportlicher Tätigkeiten. *Theorie und Praxis der Körperkultur*, 1, 2-11.

- Laaser, U., Hurrelmann, K. & Wolters, P. (1993). Prävention, Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann & U. Laser (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis*. (S. 176-203). Weinheim: Beltz.
- Lames, M. (1996). *Gesundheitsförderung durch Sport - Konzepte, Methoden, Ergebnisse*. Habilitationsschrift. Kiel: Institut für Sport und Sportwissenschaften.
- Lander, H. - J. (1986). Über das Verhältnis von Kognition, Motivation, Emotion aus allgemeinspsychologischer Sicht. *Theorie und Praxis der Körperkultur*, 5, 317-325 (Teil 1), 6, 396-404 (Teil 2).
- Lange, S. (2005). *Umwelthemen in der Sportpädagogik*. Dissertation. Universität Augsburg.
- Lauken, U. (1991). *Denkformen in der Psychologie*. Bern u.a.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. & Cohen, J. B. (1977). Environmental Stress. In I. Altman & J.F. Wohlwill (Eds.), *Human Behavior and the Environment: Current Theory and Research* (Vol 2.) (n.p.). New York: Plenum Press.
- Lazarus, R. S. (1981). Streß und Streßbewältigung. Ein Paradigma. In S.-H. Filip (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (S. 198 – 232). München: Urban & Schwarzenberg.
- Lazarus, R.S. (1984a). On the Primacy of Cognition. *American Psychologist*, 39, 124-129.
- Leist, K.-H. (1993a). Neuralgische Punkte von Theorien der Bewegung und des Bewegens. In J. Dieckert et al. (Hrsg.), *Sportwissenschaft im Dialog*. (S. 48 – 59) Aachen.
- Leix, A. (2003). K problematice transkriptu ve společenských vědách. *Biograf – časopis pro biografickou a reflexní sociologii* 31, 69-84. Praha: Virtuální institut, o.p.s.
- Lösche, H. J.(2006): Zugriff am 30. 11. 2006 unter [www.learnline.nrw.de/angebote/paedagogischefb/lexikon/kompetenz.html](http://www.learnline.nrw.de/angebote/paedagogischefb/lexikon/kompetenz.html), 7.11.2006.

- Ludwik, O. & Schmitt, E. Neurokybernetik der Körperhaltung. *Haltung & Bewegung*, Jg1/2006. Zugriff am 20.4.2008 unter [http://www.kidcheck.de/publ\\_arbeitsblatt\\_neurokybernetik.pdf](http://www.kidcheck.de/publ_arbeitsblatt_neurokybernetik.pdf)
- Luther, D. & Hotz, A. (1998). *Erziehung zu mehr Fairplay*. Bern; Stuttgart; Wien.
- Mahlitz, D. – C. (2002). *Qualitätssicherung bewegungsorientierter Gesundheitsförderung. Dargestellt am Beispiel von Gesundheitswochen in der Grundschule*. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- Mansel, J. & Hurrelmann, K. (1991). *Alltagsstreß bei Jugendlichen. Eine Untersuchung über Lebenschancen, Lebensrisiken und psychosoziale Befindlichkeiten im Statusübergang*. Weinheim/München: Juventa-Verlag.
- Martin, B., Wyss, T., Mengisen, W. Roost, H.-P., Spieldenner, J., Schlegel, F., Rudin, D., Somaini, B., Kriemler, S., Mahler, P., Cassis, I., FArpour-Lambert, N. & Marti, B. (2006). *Gesundheitswirksame Bewegung – auf dem Weg zu Empfehlungen des Bundesamts für Sport, des Bundesamts für Gesundheit, Gesundheitsförderung Schweiz und des Netzwerks Gesundheit und Bewegung Schweiz aus dem Jahr 2006*. Bundesamt für Gesundheit, Bulletin, 18: 328-331.
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral Health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Mayring, P. (2000). *Qualitative Inhaltsanalyse (Elektronische Version)*. FQS Vol 1(2). Zugriff am 23.4. 2006 unter <http://visor.unibe.ch/ws03/kii/materialien/Artikel%20Mayring.pdf>
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.
- McKeown, T. (1982). *Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis?* Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Mechling, H. (1984). Bewegungswissenschaft. In K. Carl, D. Kayser, H. Mechling, W. Preising (Hrsg.) *Handbuch Sport. Wissenschaftliche Grundlagen von Unterricht und Training. Band I*. (S. 83-134). Düsseldorf: Schwann.
- Mechling, H. (2003). Von koordinativen Fähigkeiten zum Strategie-Adaptions-Ansatz. In H. Mechling, J. Munzert (Hrsg.), *Handbuch Bewegungswissenschaft – Bewegungslehre*, (S.347 – 369). Schorndorf: Hofmann.



- Medeková, H., Šelingerová, M., Havlíček, I. & Ramacsay, L. (2001). Změny somatických parametrů mladších žáků z hlediska pohybové aktivity. In V. Vilímová, I. Havlíček & V. Sobotka (Hrsg.), *Nové poznatky v kinantropologickém výzkumu* (S. 32-38). Brno: Pedagogická Fakulta MU.
- Meinel, K. & Schnabel, G. (2007). *Bewegungslehre. Sportmotorik. Abriss einer Theorie der Sportlichen Motorik unter pädagogischen Aspekt*. Aachen: Meyer & Meyer Verlag.
- Měkota, K. & Blahuš, P. (1983). *Motorické testy v tělesné výchově*. Praha: SPN.
- Měkota, K., Kovář, R. et. al. (1996). *Unifittest (6-60). Manuál pro hodnocení základní motorické výkonnosti a vybraných charakteristik tělesné stavby mládeže a dospělých v ČR*. Pdf Ostravská univerzita.
- Mengisen, W. (1997). Didaktische Modelle im Sportunterricht. Praktische Hilfen oder theoretischer Konstrukt? *Sporterziehung in der Schule* 1(6).
- Merleau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: de Gruyter.
- MZČR Zugriff am 3.3.2007 unter <http://www.mzcr.cz/Verejne/Pages/19-zdravi-pro-vsechny-v-21-stoleti.html>
- Mužík, V. & Krejčí, M. (1997). *Tělesná výchova a zdraví*. Olomouc: Hanex.
- Mužík, V. (1997). *Program zdravotně orientované tělesné výchovy pro vzdělávací programy 1. stupně ZŠ. Výzkumná zpráva grantového úkolu RS 97 091*. Brno: MŠMT ČR, 40 s.
- Mužík, V. & Dohnalová, I. (1999). Projekt Týdny zdraví na základní škole v České republice. In H. Válková & Z. Hanelová (Hrsg.), *Pohyb a zdraví*, 1. vyd., (S. 393-397). Olomouc: Univerzita Palackého.
- Mužík, V., Zachrla, J. & Nykodým, J. (2001). Vybrané efekty projektu Zdravotně orientovaná tělesná výchova pro 1. stupeň ZŠ. In V. Vilímová, I. Havlíček & V. Sobotka (Hrsg.), *Nové poznatky v kinantropologickém výzkumu* (S. 63-68). Brno: Pdf MU.
- Mužík, V., Šeráková, H., Trávníček, M. & Vrbas, J. (2005). Výzkumný záměr Škola a Zdraví 21 – dílčí projekt tělesné výchovy. In V. Süß, V. Mužík & Z. Marvanová (Hrsg.), *Sborník z vědeckého semináře pedagogické kinantropologie „Svatoňova Stráž 2005“ konaného 23. – 25. 9. 2005 v Daňkovicích* (S.

- 3-9). Brno: PdF MU. Zugriff am 12. 3. 2007 unter <http://www.ftvs.cuni.cz/knspolecnost/pedagogicka/sbornikdankovice2005.pdf>
- Mužík, V., Janík, T. & Wagner, R. (Hrsg.). (2006). *Neue Herausforderungen im Gesundheitsbereich an der Schule: Was kann der Sportunterricht dazu beitragen? (1. vyd.)*. Brno: MU.
- Mužíková, L. (2006). *Výchova ke zdraví v současném základním školství*. Rigorarbeit. Brno: PdF MU.
- Müller, U. & Trebels, H. (1996). Phänomenologie des Sich- Bewegens. In H. Haag (Hrsg.), *Sportphilosophie – ein Handbuch* (S. 119-143). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann.
- Neuls, F., Frömel, K. & Zemková, B. (2001). Triangulation in the research of physical activity. In H. Valková & Z. Hanelová (Eds.), *Movement and Health – Proceedings* (S. 357-360). Olomouc: Palacky University, Faculty of Physical Culture.
- Nickel, U. (1984). *Bewegungsbewusstsein*. Bad Homburg: Limpert Verlag GmbH.
- Nietzsche, F. (1966). *Werke in 3 Bänden* von K. Schlechta (Hrsg.). München.
- Nitsch, J. R. (Hrsg.) (1981). *Stress, Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Novosadová, H. (2002). *Týdny zdraví na 1. stupni ZŠ*. Diplomarbeit. Brno: MU.
- Oja, P. & Borms, J. (Eds.) (2004). Health enhancing physical activity. *Perspectives – The Multidisciplinary Series of Physical Education and Sport Science*, Vol. 6, Oxford: Mayer & Mayer Sport (UK) Ltd.
- Osgood, C. E., Suci, G. J. & Tannenbaum, P. H. (1957). *The measurement of meaning*. Rbana: University of Illionoah Press.
- Ostner, I. & Beck-Gernsheim, E. (1979). *Mitmenschlichkeit als Beruf. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege*. Frankfurt/New York: Campus.
- Pangrazi, R. P. (2001). Promoting Physical Activity for Youth. In H. Válková & Z. Hanelová (Eds.), *Movement and Health – Proceedings* (S. 39-44). Olomouc: Palacky University, Faculty of Physical Culture.
- Parsons, T. (1958). Struktur und Funktion der modernen Medizin. In R. König & M. Tönnemann (Hrsg.), *Probleme der Medizin-Soziologie. Sonderheft 3 der*

- Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* (S. 10-57). Köln/Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Passolt, M. (1989). Handlungsmöglichkeiten. Thesen für eine Pädagogik und Therapie unter den Bedingungen der Entwicklung zur Handlungsfähigkeit. In T. Irmischer & K. Fischer (Hrsg.), *Psychomotorik in der Entwicklung* (S. 61-67). Schorndorf: Hofmann Verlag.
- Pauling, L. (1992). *Das Vitaminprogramm. Topfit bis ins hohe Alter*. München: Goldmann Verlag.
- Pearlin, L. I. (1987). The stress process and strategies of intervention. In K. Hurrelmann, F.X. Kaufmann & F. Lösel (Eds.), *Social intervention: Potential and constraints* (pp. 53-72). Berlin: De Gruyter.
- Pearlin, L. I., Liebermann, M. A., Menaghan, E.G. & Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22. 337-356.
- Pelikán, J. (1998). *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum.
- Petzold, H. G. (2006). Lässt sich der Kohärenzsinn fördern? Integrative ressourcenorientierte Arbeit am kreativen Ausdruckvermögen. In H. G. Petzold (Hrsg.), *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“*. FPI – Publikationen, Ausgabe 11. Düsseldorf/Hückeswagen: Verlag Petzold+Sieper.
- Pfister, G. (1996). Sport war nicht immer Gesund - Zum Wandel von Gesundheitskonzepten und Bewegungskulturen. In J. Bachmann (Hrsg.), *Gesundheit und Bewegung im Dialog. Perspektiven für Hochschule, Verein und Kommune. Teil I* (S. 201-227). Hamburg: Cwalina.
- Pöhlmann, R. (1986). *Motorisches Lernen*. Berlin: Sportverlag.
- Pöhlmann, R. (1994). *Motorisches Lernen*. Reinbek: Rohwolt.
- Prohl, R. (1991). *Sportwissenschaft und Sportpädagogik*. Schorndorf: Verlag Karl Hofmann.
- Prohl, R. (1996). Philosophie der Bewegung. In H. Haag (Hrsg.), *Sportphilosophie. Ein Handbuch* (S. 93-143). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann
- Prohl, R., Gröben, B. (1999). Problemansatz einer empirisch-hermeneutischen Bewegungsforschung. In Strauß, B. et al (Hrsg.), *Datenanalyse in der*

- Sportwissenschaft. Hermeneutische und statistische Verfahren* (S. 63-76). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann
- Průcha, J. (2002). *Moderní pedagogika*. Praha: Portál.
- Rabušicová, M. (2002). *Současný vzdělávací systém v ČR ve srovnávacím pohledu*. Elektronické studijní texty. Brno: Ústav pedagogických věd.
- Rabušicová, M., Emmerová, K., Čiháček, V. & Šed'ová K. (2003). *The Role of Parents in Relation to School: Case of the Czech Republic*. Network No. 14 – Communities and their Schools. Lisboa: ECER 2002. Zugriff am 30. 4. 2007 unter [http://www.phil.muni.cz/ped/cz/storage/grant\\_rodice/Role%20of%20Parents.doc](http://www.phil.muni.cz/ped/cz/storage/grant_rodice/Role%20of%20Parents.doc)
- Rappel, H. (2005). *Dialogorientierte Struktur des Lehrens. Ausgewählte Beispiele aus dm bewegungsdidaktischen Handeln*. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- Rathsmann-Sponsel, I. & Sponsel, R. (2003). *Grundwissen Zeitbegriff bei Kindern*. Zugriff am 15.4.2006 unter [http://www.sgipt.org/gipt/entw/zeit/zeit\\_gw.htm](http://www.sgipt.org/gipt/entw/zeit/zeit_gw.htm)
- Rauter, G. B. (1995). *Raum und Zeit im Bewegungsleben des Kindes im frühen Schulkindalter – Ein historisch gesellschaftlicher Entwicklungsverlauf von der Aufklärung bis ins 20. Jhdt.*. Dissertation. Salzburg.
- Reich K. (2006). *Konstruktivistische Didaktik: Lehr- und Studienbuch mit Methodenpool*. Verlagsgruppe Beltz.
- Rockefeller Foundation (1999). *Resourcing Public Health in the 21<sup>st</sup>. Century: Human Resource Development in a Global Environment*. Meeting Summary: Bellagio (IT). Zugriff am 06.01.07 unter [http://www.who.int/hrh/en/HRDJ\\_4\\_1\\_06.pdf](http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_4_1_06.pdf).
- Rossi, P.H. & Freeman, H.E. (1985). *Evaluation: A systematic Approach* (5<sup>rd</sup> edition). Beverly Hills, CA: Sage.
- Rossi, P.H. & Freeman, H.E. (1993). *Evaluation: A systematic Approach* (5<sup>th</sup> edition). Beverly Hills, CA: Sage.
- Röthig, P., Becker, H., Carl, K. & Kayser, D. (1987). *Wörterbuch der Sportwissenschaft*. Schorndorf: Verlag Karl Hofmann.
- Roethlisberger, F. J. & Dickson, W. J. (1964). *Management and the worker*. Cambridge, MA, Harvard University Press.

- Schilling, F. (1989). Motodiagnostik und Mototherapie. In T. Irmischer & K. Fischer (Hrsg.), *Psychomotorik in der Entwicklung* (S. 55-60). Schorndorf: Hofmann Verlag.
- Schindler, W., Hartmann, E. & Fuchs - Frohnhofen, P. (1995). *Handlungsorientierte und facharbeitgerechte Gestaltung von Arbeitsabläufen*. Zugriff am 16.5.2007 unter <http://www.zeitschriftarbeit.de/docs/2-1995/schindler.pdf>
- Schmitt, R. (2001). *Stress erkennen und bewältigen: stress in der Arbeitswelt; Aspekte des Stressses; Stressabbau in der Praxis*. Schmitt Verlag.
- Schnabel, G. & Thieß, G. (1993). *Lexikon Sportwissenschaft. Leistung – Training – Wettkampf*. Berlin: Sportverlag.
- Schnell, R. & Hill, P. B. & Esser, E. (1999). *Methoden der Empirischen Sozialforschung*. München; Wien: Oldenburg.
- Schorch, G. (1982). *Kind und Zeit. Entwicklung und schulische Förderung des Zeitbewußtseins*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Schwarzer, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Hogrefe. Verlag für Psychologie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- Šed'ová, K., Rabušicová, M., Trnková & Čiháček, V. (2003). *Openess of Schools to the Parents and the Public: Case of the Czech Republic*. Hamburg: European Conference on Educational Research ECER 2003.
- Seeman, J. (1989). Toward a model of positive health. *American Psychologist*, 44, 1099-1109.
- Seewald, J. (1996). Philosophische Anthropologie – Leiblichkeit/Körperlichkeit des Menschen. In H. Haag (Hrsg.), *Handbuch Sportphilosophie* (S. 24-56). Schorndorf: Hofmann.
- Seewald, F., Kronbichler, E. & Gröbning, S. (1998). *Sportökologie. Eine Einführung in die Sport-Natur-Beziehung*. Wiesbaden.
- Selye, H. (1953). *The Story of the Adaptation Syndrome*. Montreal: Acta, Inc.
- Selye, H. (1976). *Stress in Health and Disease*. Boston: Butterworth.
- Steinacker, T. *Muskuläre Dysbalancen als Ursache von Wirbelsäulenbeschwerden*. (11 Absätze). Zugriff am 20.4.2008 unter [www.sportkrankenhaus.de/Artikel/wirbelsaeule.htm](http://www.sportkrankenhaus.de/Artikel/wirbelsaeule.htm)
- Stojaníková, H. (2000). *Týdny zdraví na základní škole*. Diplomarbeit. Brno. PdF MU.

- Stojaníková, H., Pillerová, L. & Mužík, V. (2001). Některé efekty výchovy ke zdraví na prvním stupni základní školy. In M. Sebera (Ed.), *The role of physical education and sport in transiting countries of central Europe* (pp. 79-83). Brno: Faculty of Sports Education.
- Strauß, B. & Haag, H. (Hrsg.). (1994). *Forschungsmethoden – Untersuchungspläne – Techniken der Datenerhebung in der Sportwissenschaft*. Schorndorf: Hofmann.
- Svoboda, M. (1996). Topografie agrese ve veřejnoprávní televizi. In M. Svoboda (Hrsg.), *Osobnost v dimenzích poruchové a neporuchové činnosti* (S. 71-75). Brno: MU.
- Steinegger, A. (2002). *Gewaltintervention und- prävention im Sportunterricht anhand von Fallgeschichten*. Diplomarbeit. Dornach. Zugriff am 4.3.2007 unter <http://www.sportpaedagogik.ch/download/Fachdidaktik/Diplomarbeit%20Endfassung%20IV.pdf>
- Talašová, K. (2000). *Populární časopisy pro dívky a jejich vliv na názory a jednání čtenářek*. Diplomarbeit. Brno: Ústav pedagogických věd.
- ten Have, P. (1990). *Methodological issues in conversation analysis*. Paper for the "Issues in qualitative data interpretation", Research committee 33 – Logic and methodology in sociology, XIth World congress of sociology, New Delhi, India.
- oder als pdf-Datei unter <http://www2.fmg.uva.nl/emca/mica.htm>.
- Tellenbach, H. (1983). Gesundsein und Kranksein aus der Sicht der anthropologischen Medizin. In H. Wendt (Hrsg.), *Kindlers Enzyklopädie der Mensch: Der Körper des Menschen, Band 3* (S. 681 – 690). Zürich (München): Verlag Kindler.
- Trebels, A. (1992). Das dialogische Bewegungskonzept. *Sportunterricht* 1, 20-29.
- Tücke, M. (1998). *Osnabrücker Schriften zur Psychologie, Bd. 4. Psychologie in der Schule – Psychologie für die Schule*. Münster: LIT Verlag.
- Udris, I. (1987). Soziale Unterstützung, Stress in der Arbeit und Gesundheit. In H. Keupp & B. Röhrle (Hrsg.), *Soziale Netzwerke* (S. 123-138). New York: Campus.

- Vašátková, J. & Prášilová, M. (2006). *Realizace autoevaluačních procesů ve školách*. Zugriff am 30. 4. 2007 unter <http://www.kpg.zcu.cz/capv/HTML/106/default.htm>
- Vašátková, J. (2005). *Autoevaluace jako nástroj změny české základní školy*. Disertační práce. Olomouc : PdF UP.
- Vařeková, R. & Vařeka, I. (2001). Srovnání výskytu svalových dysbalancí mezi chlapci a dívkami školního věku. In H. Válková & Z. Hanelová (Eds.). *Movement and Health – Proceedings* (S. 494-500). Olomouc: Palacky University, Faculty of Physical Culture.
- Veselá, J. (1998). Vliv zdravotně orientované tělesné výchovy na psychiku žáka základní školy. In Mužík, V. (Hrsg.), *Program zdravotně orientované tělesné výchovy pro vzdělávací programy 1. stupně ZŠ. Sborník příspěvků k závěrečné zprávě o ukončení grantového projektu RS 97091* (S. 62-66). Brno: PdF MU.
- Vorweg, M. (1990). *Psychologie der individuellen Handlungsfähigkeit*. Berlin: Verlag der Wissenschaften.
- VÚP Zugriff am 9.1.2007 unter <http://www.vuppraha.cz/sekce/107>
- Wallrabenstein, W. (1998). *Offene Schule - Offener Unterricht*. Reinbeck bei Hamburg: Rowolth Taschenbuch Verlag.
- Walterová, E. (1997). *Objevujeme Evropu: Kniha pro učitele*. Praha: UK.
- Werbik, H. (1978). *Handlungstheorien*. Stuttgart: Kohlhammer.
- WHO (1946). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Zugriff am 05.8.2006 unter [www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf](http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf)
- WHO (2006). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Zugriff am 23.3.2007 unter [http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2?language=German](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German)
- Wiater, A., Lehmkuhl, G., Fricke, L., Mitschke, A., von Widdern, S. & Breuer, U. (2001). *Gesunder Schlaf für Kölner Kinder. Eine Studie*. Zugriff am 23.4.2007 unter [http://www.khporz.de/upload/dl/Kinderklinik/Kikl\\_GSKK.ppt#363,1,A.Wiater,G.Lehmkuhl,L.Fricke,A.Mitschke,S.v.Widdern,U.Breuer](http://www.khporz.de/upload/dl/Kinderklinik/Kikl_GSKK.ppt#363,1,A.Wiater,G.Lehmkuhl,L.Fricke,A.Mitschke,S.v.Widdern,U.Breuer)

- Wilde, D. (2001). *Zur Qualität offener Lernsituationen*. Berlin. Zugriff am 7.5.2007 unter <http://www.dagmarwilde.de/diverses/zitate5oeffnungunterricht.html>
- Woll, A. & Bös, K. (1991). Gesundheitserziehung. In H. Haag, A. Hummel (Hrsg.) *Handbuch Sportpädagogik*. Schorndorf: Karl Hofmann Verlag.
- World Health Organization (1946). *Basic documents*. Geneva: Author.
- Wydra, G. (2004). Zur Problematik von Normwerten in der Bewegungstherapie. *Zeitschrift für Physiotherapie*, 12, 2280-2289.
- Zomerland, Ch. (1997). *Offener Unterricht- Methode oder Programm? Diskussionspapier zur Eröffnung einer ergebnisoffenen Auseinandersetzung*. Zugriff am 26.4.2007 unter <http://www.dphv.de/binarydata/download/GeoeffneterUnterricht.pdf>.



### 13 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Ressourcenmodell der individuellen gesundheitsorientierten Handlungsfähigkeit (modifiziert und vereinfacht nach Ilg, 2000, in Mahlitz, 2002, S. 62).....	49
Abb. 2: Die Grundsteine des Ressourcenmodells, einfach dargestellt (vgl. Mužík, Dohnalová, 1999) .....	51
Abb. 3: Alternative der Operationalisierung des Gesundheitsbegriffs im Rahmen des Projektes „Gesundheitswochen in der Grundschule“ .....	53
Abb. 4: Vorbereitungsphase der Gesundheitswochen .....	113
Abb. 5: Konkretisierung der Planungsschritte (nach Ilg und Knappe, 1999).....	116
Abb. 6: Gesundheitsförderung im Schuljahresverlauf (nach Ilg und Knappe, 1999)..	121
Abb. 7: Klasseneinrichtung und ihre Nutzungsmöglichkeiten. ....	128
Abb. 8: Gymnastikhalle.....	129
Abb. 9: Ablauf der Untersuchungen im Bereich der Körperdispositionen.....	178
Abb. 10: Ablauf der Untersuchungen und Dropoutquote/neu kommende Klassen bei dem Bewegungsaktivitätsfragebogen.....	181
Abb. 11: Frage 5: „Treibst du Morgengymnastik bevor du zur Schule gehst?“ .....	198
Abb. 12: Frage 6: „Machst du körperliche Übungen bevor du schlafen gehst?“ .....	198
Abb. 13: Frage 7: „Treibst du Übungen am Samstag- oder Sonntagmorgen?“ .....	199
Abb. 14: Frage 8: „Treibst du Übungen am Samstag oder Sonntag bevor du schlafen gehst?“ .....	199
Abb. 15: Frage 12: Benutzt du dabei Übungen, die du während der Gesundheitswoche gelernt hast? .....	201
Abb. 16: Frage 21: „Wenn du die Möglichkeit zu wählen hast, was machst du am liebsten während der Pausen?“ .....	204
Abb. 17: Frage 23a: „Magst du die Bewegungspausen im Unterricht“? .....	206
Abb. 18: Frage 24a: „Treibst du gerne körperliche Übungen im Unterricht?“ .....	206
Abb. 19: Frage 30 „Hilfst du regelmäßig deinen Eltern bei den Haushaltarbeiten?“ ..	212
Abb. 20: Frage 34 „Hilfst du am Wochenende regelmäßig deinen Eltern bei den Haushaltarbeiten?“ .....	213
Abb. 21: Frage 38: „Bewegst du dich gerne?“ .....	214
Abb. 22: Frage 39: Wenn du mehr Zeit hättest, würdest du dich mehr und öfters bewegen? .....	214
Abb. 23: Frage 42a Gefällt dir die Gesundheitswoche? .....	216
Abb. 24: Prozentuelle Darstellung der Summe der Testbatterie B .....	220
Abb. 25: Mittelwerte der Haltungsindikatoren (auf die Skalenpunkte bezogen) .....	226

---

Abb. 26: Skalapunkte der Haltungsindikatoren der 1. Beobachtung .....	227
Abb. 27: Skalapunkte der Haltungsindikatoren der 2. Beobachtung .....	228
Abb. 28: Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse (nach Gläser und Laudel, 2004, S. 194). .....	231
Abb. 29: Auswertungsstrategie der Experteninterviews LI – LIII (nach Gläser und Laudel, 2004, S. 243).....	235

## 14 Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Die methodische Struktur der ganzen Gesundheitswoche.....	101
Tab. 2: Tagesstruktur während der Gesundheitswoche .....	102
Tab. 3: Ablauf des Projektes „Gesundheitswochen in der Grundschule“ .....	119
Tab. 4: Veränderung der Anzahl der Schüler und Schülerinnen in den Klassen 1-5 im Zeitraum von 1998 – 2003.....	125
Tab. 5: Charakteristik der angewandten Befragungstechniken .....	133
Tab. 6.: Basisbewegungsaufgaben gemeinsam für alle Altersgruppen.....	147
Tab. 7: Bewegungsaufgabe nach der Altersgruppe .....	147
Tab. 8: Somatische Messungen .....	147
Tab. 9: Aufteilung der Muskulatur bezüglich Muskeldysbalancen (nach Kopřivová, 1995).....	151
Tab. 10: Untersuchungsplan für die Pilotgesundheitswoche „Bewegung, Obst und Gemüse .....	168
Tab. 11: Untersuchungsplan für die 2. GW „Gesunde Skelettentwicklung und die ....	171
Tab. 12: Untersuchungsplan für die 3. GW „HerzKreislauf, Cholesterin und Fairplay“	172
Tab. 13: Untersuchungsplan für die 4. GW „Richtige Körperhaltung und geistiges Gleichgewicht“ .....	173
Tab. 14: Untersuchungsplan für die 5. GW „Gesunde Zähne“ .....	174
Tab. 15: Untersuchungsplan für die 6. GW „Bedeutung von Biorhythmen“ .....	175
Tab. 16: Untersuchungsplan für die 7. GW „Ich bewege mich gesund“ .....	176
Tab. 17: Im Interview verwendete orthographische Zeichen.....	185
Tab. 18: Zwei- Perspektiven Beurteilung der Pilotwoche.....	191
Tab. 19: Frage 1. Um wie viel Uhr stehst du morgens auf?.....	197
Tab. 20: Frage 2. Um wie viel Uhr gehst du gewöhnlich schlafen?.....	197
Tab. 21: Frage 3. Um wie viel Uhr stehst du gewöhnlich am Wochenende auf? .....	197
Tab. 22: Frage 4. Um wie viel Uhr gehst du am Wochenende schlafen?.....	197
Tab. 23: Frage 9. Treibst du Übungen mit deinen Eltern? .....	200
Tab. 24: Frage 10 Treibst du Übungen mit deiner Mutti oder mit deinem Papa? .....	200
Tab. 25: Frage 11 Treibst du Übungen mit deinen Geschwistern? .....	201
Tab. 26: Frage 13. Gehst du zur Schule zu Fuß? .....	202
Tab. 27: 14. Wie lange dauert dein Weg zur Schule? .....	202
Tab. 28: Frage 15. Fährst du gewöhnlich mit dem Fahrrad zur Schule?.....	202
Tab. 29: Frage 16. Wie lange dauert der Weg zur Schule mit dem Fahrrad?.....	202
Tab. 30.: Frage 17. Fahren dich gewöhnlich die Eltern mit dem Auto zur Schule? ....	203

---

Tab. 31: Frage 18. Gehst du aus der Schule nach Hause zu Fuß? .....	203
Tab. 32: Frage 19. Fährst du am meisten aus der Schule nach Hause mit dem Fahrrad? .....	203
Tab. 33: Frage 20. Fahren dich gewöhnlich deine Eltern mit dem Auto nach Hause?	203
Tab. 34: Frage 22. Was machst du, wenn du dich während des Unterrichts beim Sitzen müde fühlst? .....	205
Tab. 35: Frage 24.b „Treibst du gerne die körperlichen Übungen im Unterricht? Warum?“ .....	207
Tab. 36: Frage 25a. Welche Körperposition wählst du am liebsten bei der Arbeit auf dem Boden? .....	207
Tab. 37: Zusatzantworten zur Frage 25a.....	208
Tab. 38: Frage 26b: Warum wählst du solche Position?.....	208
Tab. 39: Frage 27. Welche Körperposition wählst du am meisten während du in der Bank sitzt? .....	209
Tab. 40: Frage 28. Wie würde deine ideale Unterrichtsstunde aussehen?.....	210
Tab. 41: Frage 29. Falls du dich in deiner Freizeit gerne bewegst (z.B. draußen), wie viele Minuten täglich sind das? .....	211
Tab. 42: Frage 33. Schreibe, bitte, wie du am liebsten deine Freizeit in der Woche verbringst, wenn du nicht Hausaufgaben machen oder lernen musst.....	211
Tab. 43: Frage 37. Schreibe, bitte, wie du am liebsten deine Freizeit am Wochenende verbringst, wenn die nicht die Hausaufgaben machen oder lernen musst.....	212
Tab. 44: Frage 31. Wenn ja, wie viele Minuten sind es täglich?.....	213
Tab. 45: Frage 32. Ist das gewöhnlich leichtere Arbeit (z.B. Abspülen), oder schwerere Arbeit (z.B. im Garten)?.....	213
Tab. 46: Frage 35. Wenn ja, wie viele Minuten sind das täglich? .....	213
Tab. 47: Frage 40. Schreibe, bitte, welche Sportart oder Bewegungsaktivität dir am meisten gefällt.....	215
Tab. 48: Frage 41. Was stellst du dir alles vor, wenn man "Bewegungsaktivität" sagt? .....	215
Tab. 49: Frage 42.b Warum? .....	216
Tab. 50: Frage 45. Was bedeutet für dich Gesundheitswoche?.....	216
Tab. 51: Frage 43. Wenn du dich nicht wohl fühlst oder irgendwelche Beschwerden hast, benutzt du Übungen, die du in der Gesundheitswoche gelernt hast, damit es dir besser geht?.....	217
Tab. 52: 44. Möchtest du für die nächste Gesundheitswoche dein eigenes Bewegungsprogramm zusammenstellen? .....	217

---

Tab. 53: Auswertung der 10-Punkteskala. Modifiziert nach Měkota und Kovář (1996, 45). .....	219
Tab. 54: Statistik bei gepaarten Stichproben .....	221
Tab. 55: Test bei gepaarten Stichproben.....	221
Tab. 56: Test bei gepaarten Stichproben.....	226
Tab. 57: Die meistangegebenen Antworten im „Kenntnisse über Sitzen- Fragebogen“. .....	230
<i>Tab. 58:</i> Zuordnung der Kategorien den Dimensionen.....	233
Tab. 59: Frage 1.: Haben Sie das Gefühl, dass Sie über den Inhalt und Ablauf des Projektes „Gesundheitswochen“ in der Grundschule Brumovice genügend informiert sind?.....	245
Tab. 60: Frage 3.: Vertreten Sie die Meinung, dass die Schule die Aktivitäten fortsetzen sollte, die den Kindern helfen, den Weg zur Gesundheit und Wohlbefinden zu finden? .....	245
Tab. 61: Frage 4.: Finden sie die „Gesundheitswochen“ als Betonung der gesundheitsorientierten Erziehung in der Schule sinnvoll?.....	245
Tab. 62: Frage 5.: Finden Sie die Zeit dazu, zusammen mit Ihren Kindern körperliche Übungen oder Sport zu treiben?.....	246
Tab. 63: Frage 6.: Sind Sie bereit sich mit den Lehrerinnen an der Vorbereitung und Realisierung der Gesundheitswochen zu beteiligen? .....	246
Tab. 64: Frage.:8. Wie reagieren zu Hause Ihre Kinder auf die „Gesundheitswochen“? .....	248
Tab. 65: Frage 9.: Wie stellen Sie sich zur Gesundheitserziehung in der Familie?.....	249
Tab. 66: Frage 11.: Falls Sie Ihre Kinder zu einer gesunden Lebensweise erziehen, wie machen Sie es?.....	250

## 15 Anhang

Anhang I	Tabelle Organisation des Programms, der einzelnen Tätigkeiten im Unterricht und am Nachmittag während der Gesundheitswoche.
Anhang II	Gesamtuntersuchungsablauf im Rahmen der Evaluation von Gesundheitswochen
Anhang IIIa	Bewegungsaktivitätsfragebogen original
Anhang IIIb	Bewegungsaktivitätsfragebogen modifizierte Version I
Anhang IIIc	Bewegungsaktivitätsfragebogen modifizierte Version II
Anhang IV	Kenntnisse über Sitzen- Fragebogen
Anhang V	Elternfragebogen
Anhang VI	Beurteilungskriterien der gesunden/ungesunden Körperhaltung
Anhang VII	Transkription - Beispiel
Anhang VIII	Interviewbericht – Beispiel
Anhang IX	Extraktionstabelle der Dimension „Gesundheitswochen / Gesundheitserziehung in der Schule“ – Ausschnitt des Falles LIII
Anhang X	Extraktionstabelle der Dimension „Gesundheitswochen / Gesundheitserziehung in der Schule“ – Ausschnitt der Fälle LII und LIII – Aufbereitungsphase

# Anhang I    Unterrichtsplan in den Gesundheitswochen

XI

Tag	Klasse	Stunde 1.- 2.	Pause	Stunde 3.- 4.	Pause	Stunde 5.	Hort	Nachmittagprogramm
		8,00-9,30 8,45-9,00 Bewegungspause	9,30-10,00	10,00-11,30 11,45-11,00 Bewegungspause	11,30-11,45	11,45-12,30	13,30-15,00	17,00-18,00
Mo	1.	U		U			<ul style="list-style-type: none"><li>• Programm „Gesunde Ernährung“</li><li>• Kleine- und Sportspiele auf dem Sportplatz</li><li>• Kleine- und Sportspiele auf dem Schulhof</li><li>• Kleine- und Sportspiele auf dem Schulhof</li><li>• Psychomotorik, Kinderaerobic und Tanz im Gymnastiksaal</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kleine- und Sportspiele auf dem Sportplatz</li><li>• Kleine- und Sportspiele auf dem Schulhof</li><li>• Psychomotorik, Kinderaerobic oder Tanz im Gymnastiksaal</li><li>• Joga und Entspannungsübungen im Klassenzimmer</li></ul>
	2.	U		U				
	3.	U		U		U		
	4.	U		U		U		
	5.	U		U		U		
Di	1.	U		U				
	2.	U		U				
	3.	U		U		U		
	4.	U		U		U		
	5.	U		U		U		
Mi	1.	U		U				
	2.	U		U				
	3.	U		U		U		
	4.	U		U		U		
	5.	U		U		U		
Do	1.	U		U			Reguläre Bewegungsangebot, bei Feiertagen Ausflug ins Freie	
	2.	U		U				
	3.	U		U		U		
	4.	U		U		U		
	5.	U		U		U		
Fr	1.	U		U			Abschließendes Fest	
	2.	U		U				
	3.	U		U		U		
	4.	U		U		U		
	5.	U		U		U		

[illegible]





## Bewegungsaktivität

### Fragebogen für die Kinder

*Liebe Kinder!*

*Wir möchten euch fragen, ob ihr gerne verschiedene Übungen oder Sport treibt, oder euch einfach gerne bewegt –z. B. zu Fuß zu laufen, mit dem Fahrrad fahren oder bei der Arbeit im Garten. Es ist keine Schande, falls die Bewegung zu euren beliebten Tätigkeiten nicht gehört! Jeder macht gerne was anderes. Jemand malt, liest, singt lieber als sich zu bewegen, jemand spielt lieber irgendein Musikinstrument oder Spiele, bei denen man sitzen und nachdenken kann.*

***Beantwortet, bitte, folgende Fragen ganz wahrhaftig, zutreffend und ohne zu fürchten, dass jemand euch kritisieren oder auslachen würde. Es ist nicht wichtig euren Namen aufzuschreiben, es genügt, wenn ihr die Klasse aufschreibt, die ihr besucht, damit wir erkennen können, wie alt seid ihr.***

ICH BESUCHE ..... KLASSE.

**Fragen für den Alltag** (ergänze oder kreuze die richtige Antwort ein):

1. Um wie viel Uhr stehst du morgens auf? UM.....UHR
2. Treibst du Morgengymnastik bevor du zur Schule gehst?  
JA – NEIN
3. Gehst du zur Schule zu Fuß? JA – NEIN
4. Wie lange dauert dein Weg zur Schule? .....MINUTEN
5. Fährst du gewöhnlich mit dem Fahrrad zur Schule? JA – NEIN

6. Wenn ja, wie lange dauert der Weg zur Schule mit dem Fahrrad?  
.....MINUTEN
7. Fahren dich gewöhnlich die Eltern mit dem Auto zur Schule? JA – NEIN
8. Gehst du aus der Schule nach Hause zu Fuß? JA – NEIN
9. Fährst du am meisten aus der Schule nach Hause mit dem Fahrrad?  
JA – NEIN
10. Fahren dich gewöhnlich deine Eltern mit dem Auto nach Hause?  
JA – NEIN
11. Wenn du die Möglichkeit zu wählen hast, was machst du am liebsten während der Pausen? ICH BEWEGE MICH – ICH SITZE
12. Falls du dich in deiner Freizeit gerne bewegst (z.B. draussen), wie viele Minuten täglich sind das gewöhnlich?  
.....MINUTEN
13. Hilfst du regelmässig deinen Eltern bei den Haushaltarbeiten? JA – NEIN
14. Wenn ja, wie viele Minuten täglich sind das? .....MINUTEN
15. Ist das gewöhnlich leichtere Arbeit (z.B. abspülen), oder schwerere Arbeit (z.B. im Garten)? LEICHTERE – SCHWERERE
16. Machst du körperliche Übungen bevor du schlafen gehst?  
JA – NEIN
17. Um wie viel Uhr gehst du gewöhnlich schlafen? UM.....UHR

## Fragen für das Wochenende

18. Wann stehst du gewöhnlich am Wochenende auf? UM.....UHR
19. Treibst du Übungen am Samstag- oder Sonntagmorgen?  
JA – NEIN
20. Falls du dich in deiner Freizeit am Samstag oder am Sonntag bewegst (z.B. draußen), wie viele Minuten sind das gewöhnlich? .....MINUTEN
21. Hilfst du regelmässig deinen Eltern bei den Haushaltarbeiten am Wochenende?  
JA – NEIN
22. Ist das gewöhnlich leichtere Arbeit (z.B. abspülen), oder schwerere Arbeit (z.B. im Garten)?  
LEICHTERE – SCHWERERE

23. Treibst du Übungen am Samstag oder Sonntag bevor du schlafen gehst?

JA – NEIN

24. Um wie viel Uhr gehst du am Wochenende schlafen?

UM.....UHR

25. Bewegst du dich gerne?

JA – EHER NICHT – NEIN

26. Wenn du mehr Zeit hättest, würdest du dich mehr und öfters bewegen?

JA – NEIN

**Vielen Dank für Deine Antworten (und schöne Ferien)!**



## Bewegungsaktivität<sup>27</sup>

### Fragebogen für die Kinder

*Liebe Kinder!*

*Wir möchten euch fragen, ob ihr gerne verschiedene Übungen oder Sport treibt, oder euch einfach gerne bewegt – z. B. zu Fuß zu laufen, mit dem Fahrrad zu fahren oder bei der Arbeit im Garten zu helfen. Es ist keine Schande, falls die Bewegung zu euren beliebten Tätigkeiten nicht gehört! Jeder macht gerne was anderes. Jemand malt, liest, singt lieber als sich zu bewegen, jemand spielt lieber irgendein Musikinstrument oder hat Spaß an Spielen, bei denen man sitzen und nachdenken kann.*

***Beantwortet, bitte, folgende Fragen ganz wahrhaftig, zutreffend und ohne zu fürchten, dass jemand euch kritisieren oder auslachen würde.***

*Es ist nicht wichtig euren Namen aufzuschreiben, es genügt, wenn ihr die Klasse aufschreibt, die ihr besucht, damit wir erkennen können, wie alt seid ihr.*

ICH BESUCHE ..... KLASSE.

**Fragen für den Alltag** (ergänze oder kreise die richtige Antwort ein):

1. Um wie viel Uhr stehst du morgens auf? UM.....UHR
2. Treibst du Morgengymnastik bevor du zur Schule gehst?

\_\_\_\_\_

<sup>27</sup> Die erste modifizierte Version

JA – NEIN

3. Benutzt du dabei Übungen, die du während der Gesundheitswoche gelernt hast? JA – NEIN

4. Wenn Du die Möglichkeit zu wählen hast, was machst du am liebsten während der Pausen? ICH BEWEGE MICH – ICH SITZE

5. **Schreib**, bitte, wie du am liebsten deine Freizeit in der Woche verbringst, wenn du nicht Hausaufgaben machen oder lernen musst:

6. Falls Du Dich in Deiner Freizeit gerne bewegst (z.B. draussen), wie viele Minuten täglich sind das gewöhnlich? .....MINUTEN

7. Hilfst du regelmässig deinen Eltern bei den Haushaltsarbeiten?

JA – NEIN

8. Wenn ja, wie viele Minuten täglich sind das? .....MINUTEN

9. Ist das gewöhnlich leichtere Arbeit (z.B. abspülen), oder schwerere Arbeit (z.B. im Garten)? LEICHTERE – SCHWERERE

10. Machst du körperliche Übungen bevor du schlafen gehst?

JA – NEIN

11. Benutzt du dazu Übungen, die du in der Gesundheitswoche gelernt hast?

JA – NEIN

12. Um wie viel Uhr gehst du gewöhnlich schlafen? UM.....UHR

**Fragen für das Wochenende**

13. Wann stehst du gewöhnlich am Wochenende auf? UM.....UHR

14. Machst du Übungen am Samstag- oder Sonntagmorgen?

JA – NEIN

15. Machst du Übungen mit deinen Eltern? JA – NEIN

16. Machst du die Übungen eher mit deiner Mutti oder deinem Papa?

mit Mutti – mit Papa

17. Machst du Übungen mit deinen Geschwistern? JA – NEIN

18. **Schreibe** bitte, wie du am meisten deine Freizeit am Wochenende verbringst, wenn du nicht lernen oder Hausaufgaben machen musst:
19. Falls du dich in deiner Freizeit am Samstag oder am Sonntag bewegst (z.B. draußen), wie viele Minuten sind das gewöhnlich?  
.....MINUTEN
20. Hilfst du regelmässig deinen Eltern bei den Haushaltarbeiten am Wochenende? JA – NEIN
21. Wenn ja, wie viele Minuten täglich sind das? .....MINUTEN
22. Ist das gewöhnlich leichtere Arbeit (z.B. abspülen), oder schwerere Arbeit (z.B. im Garten)? LEICHTERE – SCHWERERE
23. Treibst du Übungen am Samstag oder Sonntag bevor du schlafen gehst? JA – NEIN
24. Um wie viel Uhr gehst du am Wochenende schlafen? UM.....UHR
25. Bewegst du dich gerne? JA – EHER NICHT – NEIN
26. Wenn du mehr Zeit hättest, würdest du dich mehr und öfters bewegen? JA – NEIN
27. **Schreibe** bitte, welcher Sport oder welche Bewegungsaktivität gefällt Dir am meisten:
28. Gefällt dir die Gesundheitswoche? Warum?
29. Wenn du dich nicht wohl fühlst oder hast irgendwelche beschwerden, benutzt du irgendwelche Übungen, die du in der Gesundheitswoche gelernt hast, damit es dir besser geht? JA – NEIN
30. Möchtest du in der nächsten Gesundheitswoche dein eigenes Bewegungsprogramm zusammenstellen? JA – NEIN
31. Was alles stellst du dir vor, wenn man „Bewegungsaktivität“ sagt?

**Vielen Dank für Deine Antworten (und schöne Ferien)!**



## Bewegungsaktivität<sup>28</sup>

### Fragebogen für die Kinder

*Liebe Kinder!*

*Wir möchten euch fragen, ob ihr gerne verschiedene Übungen oder Sport treibt, oder euch einfach gerne bewegt – z. B. zu Fuß zu laufen, mit dem Fahrrad fahren oder bei der Arbeit im Garten zu helfen. Es ist keine Schande, falls die Bewegung zu euren beliebten Tätigkeiten nicht gehört! Jeder macht gerne etwas anderes. Jemand malt, liest, singt lieber als sich zu bewegen, jemand spielt lieber irgendein Musikinstrument oder hat Spaß an Spielen, bei denen man sitzen und nachdenken kann.*

***Beantwortet bitte folgende Fragen ganz ehrlich und zutreffend und ohne zu fürchten, dass jemand euch kritisieren oder auslachen würde. Es ist nicht wichtig euren Namen aufzuschreiben, es genügt, wenn ihr die Klasse aufschreibt, die ihr besucht, damit wir erkennen können, wie alt seid ihr.***

ICH BESUCHE ..... KLASSE.

**Fragen für den Alltag** (ergänze oder kreise die richtige Antwort ein):

1. Um wie viel Uhr stehst du morgens auf? UM.....UHR
2. Treibst du Morgengymnastik bevor du zur Schule gehst? JA – NEIN

---

<sup>28</sup> Die zweite modifizierte Version

3. Benutzt du dabei Übungen, die du während der Gesundheitswoche gelernt hast?  
JA – NEIN
4. Wenn Du die Möglichkeit zu wählen hast, was machst du am liebsten während der Pausen?  
ICH BEWEGE MICH – ICH SITZE
5. Was machst du, wenn du dich während des Unterrichts beim Sitzen müde fühlst?
6. Magst du die Bewegungspausen während der Unterrichtsstunden?  
JA – NEIN
7. Verbringst du Zeit vor dem Fernseher / am PC?  
JA – NEIN  
Wenn ja, wie viel Zeit täglich? .....MINUTEN / STUNDEN
8. Treibst du gerne die körperlichen Übungen im Unterricht? Warum?
9. Welche Körperposition wählst du am liebsten bei der Arbeit auf dem Boden?  
  
Warum?
10. Gefällt dir das Arbeiten auf dem Boden? Warum?
11. Welche Körperposition wählst du am meisten während du in der Bank sitzt?
12. **Schreib**, bitte, wie du am liebsten deine Freizeit in der Woche verbringst, wenn du nicht Hausaufgaben machen oder lernen musst:



13. Falls du dich in deiner Freizeit gerne bewegst (z.B. draußen), wie viele Minuten täglich sind das gewöhnlich? .....MINUTEN
14. Welche Körperposition wählst du am meisten zu Hause, während du deine Hausaufgaben machst?
15. Machst du körperliche Übungen bevor du schlafen gehst? JA – NEIN
16. Benutzt du dazu Übungen, die du in der Gesundheitswoche gelernt hast? JA – NEIN
17. Um wie viel Uhr gehst du gewöhnlich schlafen? UM.....UHR

**Fragen für das Wochenende**

18. Wann stehst du gewöhnlich am Wochenende auf? UM.....UHR
19. Machst du Übungen am Samstag- oder Sonntagmorgen? JA – NEIN
20. Machst du Übungen mit deinen Eltern? JA – NEIN
21. Machst du Übungen eher mit deiner Mutti oder deinem Papa?  
mit Mutti – mit Papa
22. Machst du Übungen mit deinen Geschwistern? JA – NEIN
23. **Schreibe** bitte, wie Du am meisten Deine Freizeit am Wochenende verbringst, wenn Du nicht lernen oder Hausaufgaben machen musst:
24. Falls Du Dich in Deiner Freizeit am Samstag oder am Sonntag bewegst (z.B. draußen), wie viele Minuten sind das gewöhnlich?  
.....MINUTEN
25. Machst Du Übungen am Samstag oder Sonntag bevor Du schlafen gehst? JA – NEIN
26. Um wie viel Uhr gehst Du am Wochenende schlafen? UM.....UHR
27. Bewegst Du Dich gerne? JA – EHER NICHT – NEIN

28. Wenn Du mehr Zeit hättest, würdest Du Dich mehr und öfters bewegen? JA –  
NEIN

29. **Schreibe** bitte, welcher Sport oder welche Bewegungsaktivität gefällt Dir am meisten:

30. Gefällt dir die Gesundheitswoche? Warum?

31. Was bedeutet für dich die Gesundheitswoche?

32. Wie würde deine ideale Unterrichtsstunde aussehen?

**Vielen Dank für Deine Antworten (und schöne Ferien)!**

### Was weiß ich und was denke ich über das Sitzen im Unterricht?

1. Ist Sitzen für die Gesundheit belastend? Warum?

- ☐ Ja
- ☐ Ich weiß es nicht so genau
- ☐ Nein, sicher nicht

2. Nenne bitte die Gründe, warum du dich für solche Antwort entschieden hast (für 3., 4. a 5. Klasse):

3. Welche Beschwerden kann man bekommen, wenn man lange Zeit sitzt?

- ☐ Kopfschmerzen
- ☐ Magenschmerzen
- ☐ Brustkorbschmerzen
- ☐ Rückenschmerzen
- ☐ Fußschmerzen
- ☐ Runder Rücken

4. Was gefällt dir am Sitzen auf dem großen Ball?

- ☐ Ich sitze bequemer als auf dem Stuhl.
- ☐ Ich kann dabei nicht krumm sitzen.
- ☐ Ich kann auf so einem Ball meinen Körper dehnen.
- ☐ Sitzen auf so einem Ball tut mir gut.
- ☐ Sitzen auf dem Ball macht Spaß.

5. Was fühlst du beim Sitzen auf dem Ball?

- ☐ Ich fühle, dass ich einen ganz geraden Rücken habe.
- ☐ Ich muss balancieren, damit ich ruhig sitzen kann.
- ☐ Ich muss mich darauf konzentrieren, damit ich ruhig sitzen kann.
- ☐ Ich schaffe es jetzt schon ohne Probleme, auf dem Ball zu sitzen.

**Vielen Dank für Deine Zusammenarbeit.**

**Elternfragebogen*****Sehr geehrte Eltern!***

*Mit dem folgenden Fragebogen möchten wir Ihre Einstellung zur gesundheitsorientierten Erziehung und zum Projekt „Gesundheitswochen“ feststellen. Ihre Antworten sind für uns eine wertvolle Informationsquelle, die uns und auch den Lehrerinnen der Grundschule Brumovice hilft, nicht nur die kommenden Gesundheitswochen vorzubereiten, sondern auch unser Forschungsvorhaben bedeutend ergänzt. Wir bitten Sie, den Fragebogen auszufüllen.*

*Bei den Fragen mit „vorgeschriebenen“ Antworten wählen Sie, bitte, die Möglichkeit, die am meisten Ihrer Meinung entspricht. Bei offenen Fragen, wo keine Antwortmöglichkeiten angegeben werden, schreiben Sie, bitte, leserlich Ihre eigene tatsächliche Meinung.*

**Geschlecht:.....****Alter:.....****Beruf:.....****Bildung:.....**

1. Haben Sie das Gefühl, dass Sie über den Inhalt und Ablauf des Projektes „Gesundheitswochen“ in der Grundschule Brumovice genügend informiert sind?
  - a) Ja
  - b) Nein
  
2. Wenn Sie sich nicht genügend informiert fühlen, welche Informationen fehlen Ihnen und wie möchten Sie diese gewinnen?
  
3. Vertreten Sie die Meinung, dass die Schule die Aktivitäten fortsetzen sollte, die den Kindern helfen, den Weg zur Gesundheit und Wohlbefinden zu finden?
  - c) ja, unbedingt
  - d) ich weiß nicht
  - e) nein, ich bin dagegen

4. Finden sie die „Gesundheitswochen“ als Betonung der gesundheitsorientierten Erziehung in der Schule sinnvoll?
  - a) Ja
  - b) Ich weiß nicht
  - c) Nein
  
5. Finden Sie die Zeit dazu, zusammen mit Ihren Kindern körperliche Übungen oder Sport zu treiben?
  - a) 5x pro Woche
  - b) 4x pro Woche
  - c) 3x pro Woche
  - d) 2x pro Woche
  - e) 1x pro Woche
  - f) Für so was habe ich keine Zeit.
  
6. Sind Sie bereit sich mit den Lehrerinnen an der Vorbereitung und Realisierung der Gesundheitswochen zu beteiligen?
  - a) Ja
  - b) Ich weiß nicht
  - c) Nein
  
7. Wenn ja, wie möchten Sie gerne an der Zusammenarbeit mitwirken?
  
8. Wie reagieren zu Hause Ihre Kinder auf die „Gesundheitswochen“?
  - a) Sie bringen neue Gesundheitskenntnisse in die Familie.
  - b) Während der Gesundheitswoche sind sie ruhiger und ausgeglichener.
  - c) Während der Gesundheitswoche sind sie unruhig und unausgeglichen.
  - d) Während der Gesundheitswoche üben sie morgens oder abends Bewegungskombinationen, die sie in der Gesundheitswoche gelernt haben?
  - e) Während der Gesundheitswoche merke ich keine Veränderungen bei meinen Kindern.

- f) Sie sprechen über die Gesundheitswoche noch längere Zeit nach ihrer Beendung.
  - g) Nach der Beendung der Gesundheitswoche treiben sie morgens oder abends Bewegungskombinationen, die sie in der Schule gelernt haben.
  - h) Es ist deutlich zu merken, dass ihnen die Gesundheitswoche nicht gefällt.
9. Wie stehen Sie sich zur Gesundheitserziehung in der Familie?
- a) Ich versuche meine Kinder zur gesunden Lebensweise zu führen.
  - b) Ich möchte gerne meine Kinder zur gesunden Lebensweise führen, aber ich weiß nicht wie.
  - c) Ich möchte gerne meine Kinder zur gesunden Lebensweise führen, aber aus verschiedenen Gründen habe ich keine Zeit mich mit so was zu beschäftigen.
  - d) Die Frage einer gesunden Lebensführung interessiert mich nicht.
10. Falls Sie aus triftigen Gründen ihre Kinder nicht zu einer gesunden Lebensweise erziehen können, nennen Sie, bitte, diese Gründe:
11. Falls Sie Ihre Kinder zu einer gesunden Lebensweise erziehen, wie machen Sie es?

**Wir danken Ihnen für die Ausfüllung des Fragebogens und wünschen Ihnen angenehme Ferienzeit mit Ihren Kindern.**

## SCREENING DRŽENÍ TĚLA

Code:

ES

KS

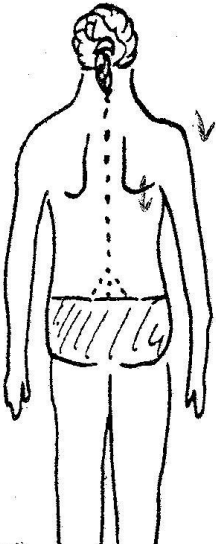

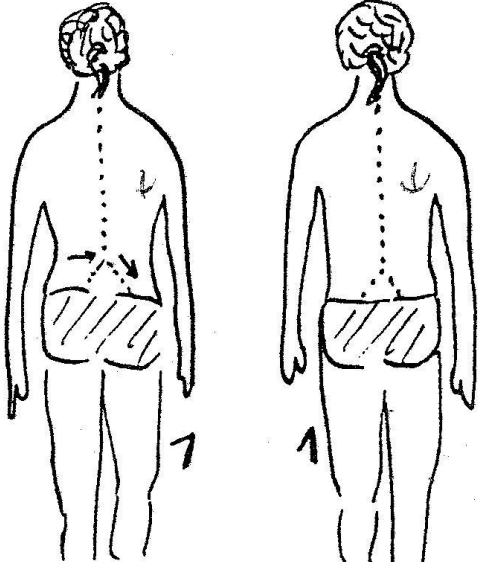
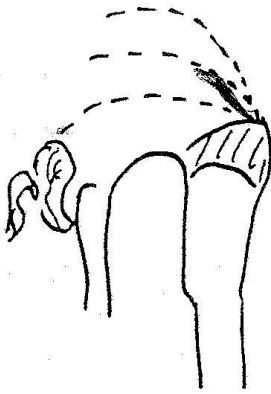
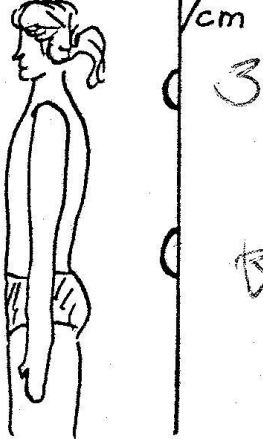
datum: .....

Jméno: .....nar.: .....

Škola: .....třída: .....

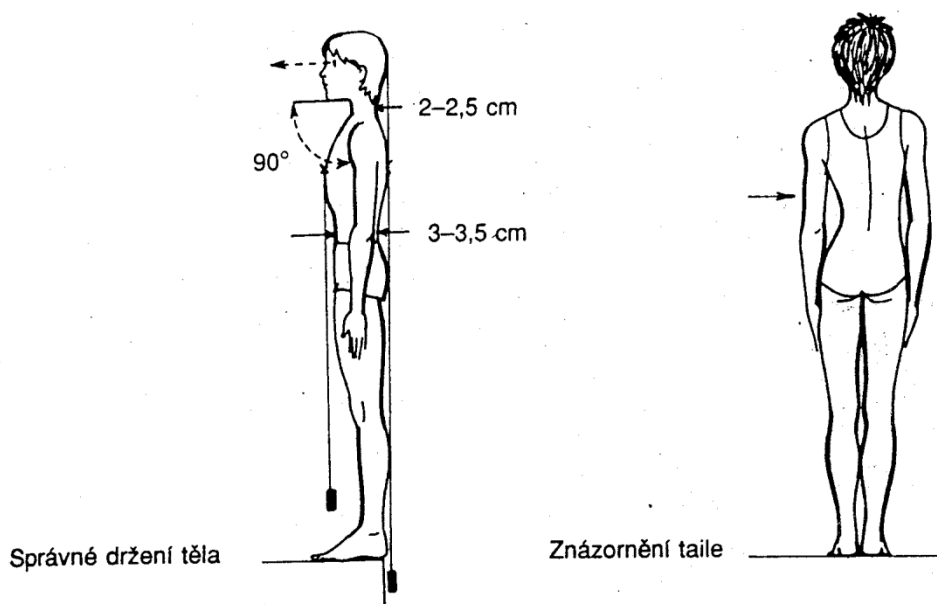
Sport: .....

TV/ cm .....TH/kg.....BMI: .....

			
<p>úroveň ramen vybočení páteře trojúhelníky (L) poloha lopatek</p>	<p>lopatky - ramena bederní prohnutí břicho</p>	<p>stoj na jedné(pánev)</p>	
			
<p>hluboký ohnutý předklon oblouk páteře svalové valy(zvětšené)</p>		<p>odchyly od kolmice C páteř L páteř</p>	

## SPRÁVNÉ DRŽENÍ TĚLA

MUDr. Ilona Dohnalová, CSc.  
Ústav tělesné kultury, Pedagogická fakulta MU Brno



### Popis správného držení těla:

- hlava je vzpřímená, šíje zatažena vzad a vzhůru, brada je mírně přitažena k hrudi a svírá s osou krku pravý úhel
- hrudník je mírně vyklenutý dopředu
- páteř je plynule fyziologicky zakřivená
- ramena volně spuštěna dolů a dozadu tak, že se jejich hmotnost přenáší spíše na páteř než na hrudník
- lopatky jsou celou plochou přiloženy k zadní straně hrudníku (neodstávají)
- břišní a hýžděové svalstvo je staženo
- nohy jsou v kolenou nenásilně nataženy
- váha těla spočívá na vnější straně přední části chodidel



**Interview M. (LIII) 2002**

- *Zum Einstieg möchte ich dich gerne fragen, wie viele Jahre Praxis in deinem Bereich, also als Pädagogin, hast du bereits?*
- *In meinem Bereich? #...ich weiß nicht @ im Kindergarten arbeitete ich...fast schon zwanzig Jahre arbeite ich....davon bin ich seit 10 Jahre in der Schule tätig...also 10Jahre im Kindergarten und 10Jahre in der Grundschule.*

***1. & Also das ist schon lange Zeit her, da hast du reichlich Erfahrungen...dann möchte ich weiter etwas konkretere Frage stellen. Beeinflussen die Gesundheitswochen irgendwie die Konzeption ihrer Grundschule, setzt ihr etwas von den Gesundheitswochen um?***

- *Es hat bestimm Einfluss auf uns alle, auf die Kinder...wir implementieren, und das kann ich bestätigen, Bewegungspausen, die früher stark vernachlässigt wurden...jetzt werden sie in die Vorbereitungen der Lehrerinnen einbezogen, also H. und D. die wissen selbst...also wir implementieren wirklich Bewegungspausen in den Unterricht...und auch während der Pausen bewegen sich die Kinder viel mehr als sie früher gewöhnt waren...weil wir sie immer in das Klassenzimmer geschickt haben mit den Worten: „Geh rein und schließe die Tür!“ ...und jetzt ist der Umfang der Bewegungsaktivität tatsächlich größer, die Kinder dürfen im Klassenzimmer mit den weichen Bällen spielen, sie nutzen wirklich die...tex/ #*
- *Und wie stellen sich die Kinder dazu?*
- *Ich denke, dass sie im Gegenteil, also die haben dazu gute...tex/sie nehmen es gut an...ja, das sicher, positiv, sehr positiv, es ist ein Beitrag für sie, und weil es bei uns der Unterricht in die Blöcke konzipiert ist, also zwei Unterrichtsstunden, müssen die Kinder praktisch ständig ihre Aufmerksamkeit anstrengen und 45 Minuten ist eine lange Zeit, also da muss man eine Bewegungspause auf jeden Fall einsetzen tex/ <ich unterbreche mit einer weiteren Frage>*
- *Die Bewegungspausen, die ihr im Unterricht einsetzt, sind entstanden...oder anders...setzt ihr diese aufgrund der Gesundheitswochen ein oder habt ihr Euch schon vorher irgendwie bemüht, die Bewegungspausen in die Unterrichtsinhalte zu implementieren?*
- *Sie waren schon im Unterricht eingesetzt...aber #...wir konnten sie nicht wirklich nutzen, wir wussten nicht so richtig, wie...bis die Gesundheitswochen uns es „geklärt“ haben und uns geholfen haben, die Kinder dafür mehr zu motivieren und sie etwas mehr hereinzubringen. Und die Kinder verlangen auch danach, sie sagen „Dehnen wir uns!“, wenn sie Müdigkeit spüren...also die älteren. tex/ <tech>*
- *Also...#...die Gesundheitswochen beeinflussen Eure Unterrichtskonzeption in den Konsolidierungsphasen, indem ihr Euch bemüht, Bewegungspausen in den Unterricht einzusetzen. Wie noch können die Gesundheitswochen oder bereits beeinflussen Eure Unterrichtskonzeption, konkret im Bezug auf die Gesundheit? Wird die gesundheitsorientierte Erziehung in Eurer Schule irgendwie unterstreicht?*
- *Ich...also (-) während des Schuljahrs...weil wir noch an dem Projekt bezüglich Drogenproblematik teilnehmen, also bemühen wir uns auch die Freizeit der Kinder zu nutzen, sie zu füllen, das sind dann Bewegungsaktivitäten am Nachmittag...also #...aber auch musikalische Aktivitäten, dies wird aber nicht regelmäßig eingesetzt, sondern im Rahmen von geplanten schulischen Vorführungen, also wir haben oft am Nachmittag Kreise von dramatischer Gestaltung, die Wahrheit ist, dass Bewegungskreise nicht so oft angeboten werden, das tut mir Leid...aber es ist anscheinend deswegen #...wegen der Einstellung derjenigen Lehrerin, die halt unterschiedlich geprägte Interessen hat, also*

wenn es hier Leute gäbe, die für den Sport Leidenschaft empfinden, dann wäre die Freizeit im Sinne der Bewegung mehr und besser genutzt.

**2. Ich möchte gerne eine weitere Frage stellen...#...du hast gesagt, dass die Gesundheitswochen Euer Schulleben positiv beeinflussen, oder du hast es angedeutet. Kannst du konkreter sein? Wie beeinflussen sie Euer Schulleben?**

- #...
- = Was alles bewirken sie, wenn sie hier...
- 6LII=...also sie wirken sich gut auf uns aus. Nicht nur, dass sich die Kinder auf eine „Bewegungsentspannung“ freuen, sie freuen sich auch auf die Veränderung, auf die anderen Menschen in ihrer Umgebung, sie freuen sich darauf, dass sie auch die Eltern mit einbeziehen können...#...dort ist aber vielleicht ein Fehler zu sehen, dass manche Eltern nicht mitmachen wollen und die Kinder sind dann enttäuscht, also...#...hier würde ich gerne mehr auf die Eltern appellieren, damit sie mehr mitmachen, damit sich ihre Kinder an der gemeinsamen Bewegungsaktivität freuen, ein besseres Erlebnis, und bei uns Erwachsenen...ich würde sagen es verkittet uns mehr, es wirkt auf uns sehr gut. Ich persönlich habe vor allem an dem Unterrichtsprogramm der Gesundheitswochen teilgenommen, am Nachmittag nicht, aber dieses Jahr, als die Gesundheitswoche im Herbst stattgefunden hat, habe ich alle Nachmittagskurse besucht, die angeboten waren, und sagte mir, welches Angebot mir gefallen hat, für welchen wäre ich am meisten motiviert...ich war hingerissen von Joga, wirklich...also je nach dem, was für mich interessant wäre...# (ich)...aber ich habe auch Z. beobachtet, wie sie mitgemacht hat und sie bei den Sportspielen, und sie nutzt es auch im Sportunterricht mit ihrer Klasse...& (ich)...also sie hat die Spiel von den Gesundheitswochen übernommen und sie im Sportunterricht eingesetzt, also ich denke das es uns positiv beeinflusst.
- Und wie wirken sich die Gesundheitswoche auf die gesamte Atmosphäre in der Schule aus?
- =Sehr gut
- =Sehr gut
- Auch wenn es eine Belastung für die Psyche ist, also die ganze Gesundheitswoche zu organisieren, vorbereiten, damit alles klappt, es ist eine große Belastung, aber wenn dann die Woche beginnt, dann freuen wir uns und haben ein gutes Gefühl daraus, Freude daran, verschiedene Lieder auszu-denken, es macht uns Spaß, also tex/
- #...also die Tatsachen, dass ihr euch an der Vorbereitung der Gesundheitswochen und an den Wochen selbst teilnimmt, kommt nicht aus einem äußeren Anstoß, sondern eher aus eigener inneren Überzeugung und Motivation.
- =Jetzt schon.
- =Jetzt schon? Aber am Anfang war es nicht so tex/
- =Nein, ganz und gar nicht tex/
- =Wie war es am Anfang?
- Am Anfang haben wir den Sinn nicht begriffen, wie ihr das meint mit der Intervention. Wir dachten, ihr werdet das ganze betreuen, führen und erklären und wir werden nur zuschauen, zuhören, uns

entscheiden, ob wir dann Interesse haben oder nicht, wir haben es gar nicht so aufgefasst, dass wir das ganze übernehmen sollen...und...jetzt...ich würde sagen, dass vielleicht wenn wir uns es schon selber Vorbereiten und Organisieren, wir kenne eigentlich schon auch das Umfeld und die Bedingungen, also was wir uns leisten können und was nicht, und wir kennen auch die Eltern, wir wissen, an wann wir uns wenden können und, also ich denke jetzt ist es schon gut für uns.

***3. Kommen wir zu einer weiteren Frage. Wie ist deine Meinung als Lehrerin, deine professionelle Meinung, auf die Implementierung der gesundheitsorientierten Tätigkeiten in den Unterricht? Was meinst du dazu als Lehrerin?***

- Also ich denke, dass so was im Unterricht bestimmt platziert werden sollte.
- *Warum?*
- Warum? Also, wir sehen die Kinder sitzen, wenn sie also zu lange sitzen müssen, dann sehen wir wie sie sich krümmern, wie schlampig sie sitzen, also...#...einerseits die große Bälle, auf die sich die Kinder anders setzen können...in dem ersten Moment würden sie mehr zwar damit beschäftigt sein, wie sie sitzen sollen, aber ich bin sicher, dass sie später so was als Selbstverständlichkeit akzeptieren würden, also ich denke es sollte in den Unterricht 100% eingesetzt werden.
- *Also ich habe verstanden, dass der Grund dafür ist, deiner Meinung nach, die gesunde Entwicklung* tex/
- =Ja.

***4. Benutzt du solche Tätigkeiten, bzw. Übungen im Unterricht?***

- (-) nein, weil die Bälle...also...die nutze ich nicht, weil durch verschiedene scharfe Hilfsmittel, die wir im Unterricht benutzen gingen schon viele Bälle kaputt, also das ist ein Nachteil, da kann ich nichts machen...und die kleine Bälle, die...tex/ (*overballs*)...die stehen uns nicht zur Verfügung, nur wenn ihr sie von der Uni mitbringt, es gibt keinen Finanzen für so was, also bis jetzt. Wir haben es aber in einem Projekt beantragt, also dann denke ich, wenn wir irgendwelche finanzielle Unterstützung kriegen, werde ich es 100% besorgen, damit ich so was im Unterricht benutzen könnte.
- *Und wenn du schon irgendwelche gesundheitsorientierte Tätigkeiten im Unterricht einsetzt, machst du mindestens irgendwelche Bewegungspausen ohne Geräte?*
- (-) Ohne Geräte am meisten oder höchstens benutze ich Papier und die Sessel...und auf dem Teppich!
- *Sind diese Tätigkeiten von den Gesundheitswochen übernommen oder würdest sie so wie in den Unterrichtsstunden einsetzen?*
- Ich würde sie so wie so einsetzen, weil es mit meiner Praxis im Kindergarten zusammenhängt.
- *Wie oft in der Woche setzt du solche Tätigkeiten in Unterricht ein, also wenn du dich schon dafür entscheidest?*
- Ich lehre jetzt drei Tage in der Woche, also kann man sagen, dass jeden Tag.

**5. Jeden Tag....#... Siehst du es für dich als Lehrerin als irgendein Beitrag, die Kinder zur Gesundheit zu erziehen?**

- Also ob für mich als Lehrerin...ich würde es aus der Sicht der Mutter auffassen, nicht der Lehrerin, weil ich denke, dass es selbstverständlich fast jede Lehrerin so machen sollte...oder nicht...bestimmt jede Lehrerin und (-) die Kinder haben wirklich sehr wenig Bewegung im Alltag, ich sehe es an ihnen, sie sitzen lieber am PC, oder ich weiß nicht, sie tun irgendetwas anstatt sich zu bewegen, und wenn wir! sie dazu nicht provozieren werden, dann werden sie von sich alleine nicht wirklich dazu motiviert sein, für sie wird es bequemer zu faulenz tex/
- *=Es ist an dieser Stelle vielleicht gut dich zu fragen, wie du die Beziehung Lehrer-Schüler siehst? Damit die Frage ergänzt werden könnte tex/*
- # @ also das ist eigentlich das, was man sagt, die Beziehung Lehrer-Schüler, das sollte eine Art freundschaftlicher Beziehung sein, beiderseitig, der Lehrer sollte nicht aus seiner autoritären Position handeln und sie ausnutzen...und wenn der Lehrer bei verschiedenen schulischen oder außerschulischen Tätigkeiten mitmacht, so muss er die Kinder nicht dazu überreden, die machen dann spontan mit, also das ist sehr wichtig.

**6. Bestehen für dich irgendwelche Hindernisse bei der Implementierung der gesundheitsorientierten Tätigkeiten im Unterricht?**

- Also Hindernisse (-) nee.

**7. Aus deiner Sicht betrachtet, wie nehmen die Schüler und Schülerinnen die gesundheitsorientierten Tätigkeiten wahr?**

- @ gut, sie freuen sich darüber, man kann wirklich sehen, dass sie sich dabei ausruhen und sind danach fähig wieder aufmerksam auf den Lehrstoff zu sein und...halt weiter arbeiten.
- *Was ist ihre beliebteste Tätigkeit in der Schule? Die Frage meine ich jetzt etwas allgemeiner, ob es eher Bewegungstätigkeiten oder irgendwelche theoretische, bzw. auch gesundheitsbezogene, Tätigkeiten sind.*
- Bewegungstätigkeiten.
- *Interessieren sie sich selbst, spontan um die Gesundheitsproblematik, z.B. indem sie eigenständig zu dir kommen und dich fragen:"Frau Lehrerin, wie ist das mit...?"*
- Die heurige Klasse, also die Drittklassler, nicht. Die letzt jährige Klasse, die Fünftklassler, also die ja. Also es hängt wirklich von der jeweiligen Gruppe in der Klasse ab, wie und welche Kinder mit welchem Interesse zusammenkommen, die älteren sind an so was viel mehr interessiert. Die kleinen verstehen die Problematik noch nicht wirklich.
- *Wie zeigt sich ihr Interesse? Also wenn sie schon irgendein zeigen?*
- Wenn sie schon irgendein Interesse zeigen? @ Also wenn sie in dieser Richtung was wissen wollen, sie fragen direkt nach, wie was funktioniert...und z.B. letztes Jahr, was die Kinder sehr interessiert hat war...also wir integrieren hier auch Kinder, die körperlich behindert sind, bzw. wir haben

hier so ein Kind im Kindergarten...also da sind sie ziemlich daran interessiert zu erfahren, wie so eine Behinderung entsteht und dann entwickelt sich daraus öfters ein Gespräch.

- *Und hast du das Gefühl, dass sich mit der Zeit bei den Kindern irgendwie ihr Interesse an der Gesundheitsproblematik verändert hat, seitdem du an dieser Grundschule tätig bist?*
- (-)
- *Verstehst du mich?*
- Ich verstehe, ich verstehe! ich denke nur darüber nach...ob sich da was verändert hat, ich denke, das Interesse würde sich ändern, wenn die Kinder weitermachen könnten, also wenn die älteren Schüler (die fünfte Klasse), die unsere Schule verlassen, die waren sehr achtsam und haben es gespürt, dass sie für den Körper etwas anderes tun sollten als sie tun...wenn sie dann die Schule verlassen, also dann, denke ich, man könnte mit den Kindern weiterhin arbeiten, aber es fehlt eine Zusammenarbeit mit der anderen Schule, wo die Kinder ihre Schulpflicht weiter machen.
- *Denkst du, dass sich bei euren Schülern etwas verändert, dass es z.B. wegen den Gesundheitswochen sein kann?*
- Also ich denke, dass ja...es wirkt sich sehr gut auf die Kinder aus, sie können ihre Lieblingstätigkeit wählen, also sie handeln nach ihrem Interesse, auch...schließlich sehe ich dort auch die Kinder, die den Sportunterricht am liebsten schwänzen würden, und das schrieb ich auch in meiner Diplomarbeit, in den Fazit, dass diese Tendenz besteht und die Schüler werden noch von den Eltern unterstützt, vom Sportunterricht fernzubleiben, indem sie ihre Kinder entschuldigen, und zwar wegen Übelkeit, weiterhin lassen sie sie auch fern vom Schwimmen bleiben
- *Auch bei Euch?!?*
- Ja, gerade auch bei uns und tex/
- *=Also im großen Maß?*
- Nein, so was nicht, aber ich denke, dass...wenn die Kinder die Möglichkeit haben, etwas auszuprobieren oder die Gelegenheit zu nutzen, wo...also die Kinder sind nicht bei allem geschickt, aber gut, ich kann nicht gut Ballspiele spielen, dann gehe ich zu Jogastunde...also dort habe ich zum ersten mal gespürt, dass auch die Kinder, die in normalen Sportunterricht nicht auffallen, haben bei den Gesundheitswochen die Möglichkeit genutzt, sich selbst bei anderen Bewegungstätigkeiten zu realisieren.

#### ***8. Wie reagieren die Eltern auf die gesundheitsorientierten Tätigkeiten, die man in den Unterricht implementiert?***

- #...die Eltern...ich würde sagen, dass die Eltern hier sind so passiv, sie erleben diese ganze Geschichte nicht...ich denke so zwei oder drei Eltern von den 55 Kindern.
- *Reagieren sie genauso auf die Gesundheitswochen?*
- Nein, auf die nicht, da würde ich sage, dass...die Eltern, also wenn gerade die Gesundheitswoche läuft, wir können sie mehr hineintragen in das Geschehen und gerade durch die Gesundheitswo-

chen ist der Wunsch entstanden, dass sie gerne Gymnastik Eltern mit Kinder haben möchten, also ich denke...so 20 Eltern würde mitmachen.

**9. Wie ist die Zusammenarbeit zwischen eurer Schule und den Eltern im Bereich der Gesundheitsförderung/ Gesundheitserziehung? Besteht überhaupt irgendwelche?**

- #....also mir fällt nichts ein...ich weiß nur, dass wenn wir irgendwelche Vorträge oder Vorlesungen über Gesundheitsthemen organisieren würden, dann würden sie sie nutzen...aber schon wieder wären das immer die gleichen Eltern, aber sie würden kommen...aber das Alles ist auch eine Zeitproblem, das ganze zu organisieren...es hängt auch damit zusammen, dass wir hier auf dem Land leben und alle die Pflichte und das alles spiegelt sich darin wider, die Eltern kommen aus ihrer Arbeit nach Hause und gehen auf das Feld arbeiten...und wenn sie städtische Eltern wären, dann, denke ich, würden sie sich dazu anders stellen.

**10. Wo schöpfst du Informationen über den Gesundheitsbereich her, die du dann in der Schule weitergibst?**

- Ich lese verschieden Zeitschriften...und dazu die Literatur, die uns zur Verfügung in der Schule steht...und dann du, H., gibst uns viel Lesematerial.
- *Und vielleicht auch etwas aus der Gesundheitswochen?*
- Aus der Gesundheitswochen?!? Warte, du meinst Fachliteratur?
- *Ich meine nicht gerade Fachliteratur, ich meine, erfährst du dort! etwas Neues?*
- Also na ja, erfahre ich...Lea, wenn sie Urkunde lehrte, also da hat mir wirklich das gefallen...als sie das Thema Cholesterin vorführte, also das war für mich...da habe ich gestaunt, dass man so was den Kinder verständlich machen kann...so schön, wie sie das erklärt hat, das war also ein Beitrag für mich.

**11. Jetzt möchte ich gerne zu den Fragen übergehen, die deine persönlichen Einstellungen zur Gesundheit betreffen. Es folgen nur noch ein Paar Fragen. Wie ist deine persönliche Einstellung zu der Gesundheitsproblematik?**

- (-) also persönlich...ich denke, dass...ich weiß nicht, wie ich mich ausdrücken soll...solange ich selbst keine gesundheitliche Beschwerden empfunden habe, habe ich die Gesundheit für etwas Selbstverständliches gehalten. Aber jetzt, in den letzten zwei Jahren, hat sich meine Sicht wirklich geändert, so, dass ich dafür mehr tun muss, als ich bis jetzt getan habe...auch meine Gesundheit wurde ziemlich angegriffen und...ich habe weitgehend andere Sicht, also...@...ich weiß nicht, wie anders soll ich es tex/
- *=Also hast du eigentlich deine persönliche Einstellung zur deinen eigenen Gesundheit geändert?*
- So.
- *=Und wirkt sich dies dann auch auf deine Einstellung als Lehrerin zur Gesundheit, also in deiner Arbeit aus?*

- So, genauso.
- *=Du legst einen größeren Wert drauf tex/*
- =Ja, ja.

***12. Setzt du welche Erfahrungen, die du während Gesundheitswochen gesammelt hast, in deinem Alltag, bzw. persönlichen Leben um?***

- (-) also ich denke jetzt nach...nein, bis jetzt nicht, H...
- Gut, ich danke dir vielmals für das Gespräch und falls ich noch irgendwas nachfragen möchte, würde ich mich bei dir telefonisch melden.
- #. Gut. @.

Tab. X.: Interview mit Lehrerin LIII, April 2002

Interviewfragen und Antworten	Kommentar
<p><b>Zum Einstieg möchte ich dich gerne fragen, wie viele Jahre Praxis in deinem Bereich, also als Pädagogin, hast du bereits?</b></p> <p>In meinem Bereich? #...ich weiß nicht @ im Kindergarten arbeitete ich...fast schon zwanzig Jahre arbeite ich....davon bin ich seit 10Jahre in der Schule tätig...also 10Jahre im Kindergarten und 10Jahre in der Grundschule.</p>	<p>Fragetyp: Frage nach Erfahrungen, Hintergrundfrage, Aufwärmfrage</p>
<p><b>1LIII &amp; Also das ist schon lange Zeit her, da hast du reichlich Erfahrungen...dann möchte ich weiter etwas konkretere Frage stellen. Beeinflussen die Gesundheitswochen irgendwie die Konzeption ihrer Grundschule, setzt ihr etwas von den Gesundheitswochen um?</b></p> <p>1LIII#Es hat bestimm Einfluss auf uns alle, auf die Kinder...wir implementieren, und das kann ich bestätigen, Bewegungspausen, die früher stark vernachlässigt wurden...jetzt werden sie in die Vorbereitungen der Lehrerinnen einbezogen, also H. und D. die wissen selbst...also wir implementieren wirklich Bewegungspausen in den Unterricht...und auch während der Pausen bewegen sich die Kinder viel mehr als sie früher gewöhnt waren...weil wir sie immer in das Klassenzimmer geschickt haben mit den Worten: „Geh rein und schließe die Tür!“ ...und jetzt ist der Umfang der Bewegungsaktivität tatsächlich größer, die Kinder dürfen im Klassenzimmer mit den weichen Bällen spielen, sie nutzten wirklich die...<i>tex/</i> #</p>	<p>Fragetyp: Kommentar als Zustimmung für den Zweck der Auflockerung der Befragungssituation, etwas abrupter Übergang, ist aber hier zulässig, LIII wurde über das Thema des Interviews im Voraus informiert, die Wirkung des Kommentar war positiv, Meinungsfrage</p>
<p><b>2LIII Und wie stellen sich die Kinder dazu?</b></p> <p>2LIII#Ich denke, dass sie im Gegenteil, also die haben dazu gute...<i>tex/</i> &lt;sie nehmen es gut an&gt;...ja, das sicher, positiv, sehr positiv, es ist ein Beitrag für sie, und weil es bei uns der Unterricht in die Blöcke konzipiert ist, also zwei Unterrichtsstunden, müssen die Kinder praktisch ständig ihre Aufmerksamkeit anstrengen und 45 Minuten ist eine lange Zeit, also da muss man eine Bewegungspause auf jeden Fall einsetzen <i>tex/</i> &lt;ich unterbreche mit einer weiteren Frage&gt;</p>	<p>Fragetyp: Meinungsfrage</p>
<p><b>3LIII#Die Bewegungspausen, die ihr im Unterricht einsetzt, sind entstanden...oder anders...setzt ihr diese aufgrund der Gesundheitswochen ein oder habt ihr Euch schon vorher irgendwie bemüht, die Bewegungspausen in die Unterrichtsinhalte zu implementieren?</b></p> <p>3LIII#Sie waren schon im Unterricht eingesetzt...aber #...wir konnten sie nicht wirklich nutzen, wir wussten nicht so richtig, wie...bis die Gesundheitswochen uns es „geklärt“ haben und uns geholfen haben, die Kinder dafür mehr zu motivieren und sie etwas mehr hereinzubringen. Und die Kinder verlangen auch danach, sie sagen „Dehnen wir uns!“, wenn sie Müdigkeit spüren...also die älteren. <i>tex/</i> &lt;tech&gt;</p>	<p>Fragetyp: Frage nach Erfahrungen, dichotome Frage, Fehler: Dichotome Formulierung Wirkung: Die Frage wurde trotzdem verstanden und beantwortet.</p>



Interviewfragen und Antworten	Kommentar
<p><b>4LIII Also...#...die Gesundheitswochen beeinflussen Eure Unterrichtskonzeption in den Konsolidierungsphasen, indem ihr</b></p> <p><b>Euch bemüht, Bewegungspausen in den Unterricht einzusetzen. Wie noch können die Gesundheitswochen oder bereits beeinflussen Eure Unterrichtskonzeption, konkret im Bezug auf die Gesundheit? Ist die gesundheitsorientierte Erziehung in Eurer Schule irgendwie unterstreicht?</b></p>	<p>Fragetyp: Kommentar als Zustimmung, um sich zu versichern, dass die Antwort richtig verstanden wurde; Frage nach Erfahrungen, dichotome Frage</p> <p>Fehler: Dichotome Frage</p> <p>Wirkung: Die Frage wurde nicht präzise ausgedrückt, die Antwort ist nicht klar dargestellt, die Lehrerin hat versucht möglichst viel zu beantworten, war sich nicht sicher, was genau gefragt wurde.</p>
<p>4LIII#Ich...also (-) während des Schuljahrs...weil wir noch an dem Projekt bezüglich Drogenproblematik teilnehmen, also bemühen wir uns auch die Freizeit der Kinder zu nutzen, sie zu füllen, das sind dann Bewegungsaktivitäten am Nachmittag...also #...aber auch musikalische Aktivitäten, dies wird aber nicht regelmäßig eingesetzt, sondern im Rahmen von geplanten schulischen Vorführungen, also wir haben oft am Nachmittag Kreise von dramatischer Gestaltung, die Wahrheit ist, dass Bewegungskreise nicht so oft angeboten werden, das tut mir Leid...aber es ist anscheinend deswegen #...wegen der Einstellung derjenigen Lehrerin, die halt unterschiedlich geprägte Interessen hat, also wenn es hier Leute gäbe, die für den Sport Leidenschaft empfinden, dann wäre die Freizeit im Sinne der Bewegung mehr und besser genutzt.</p>	
<p><b>5LIII Ich möchte gerne eine weitere Frage stellen...#...du hast gesagt, dass die Gesundheitswochen Euer Schulleben positiv beeinflussen, oder du hast es angedeutet. Kannst du konkreter sein? Wie beeinflussen sie Euer Schulleben?</b></p>	<p>Fragetyp: Kommentar, der erste Teil logisch ohne Zweck, Versuch die Kontinuität des Gesprächs nicht zu unterbrechen, der zweite Teil dient meiner Rückversicherung; Meinungsfrage, dichotome Frage</p> <p>Fehler: Dichotome Frage</p> <p>Wirkung: Schien mir nicht gleich verstanden zu haben. Ich fing an, nachzufragen, war aber nicht nötig, die Lehrerin hat nur mehr Zeit zum Überlegen gebraucht.</p>
<p>5LIII #...</p>	

Interviewfragen und Antworten	Kommentar
<p><b>6LIII = Was alles bewirken sie, wenn sie hier...</b></p> <p>6LIII=...also sie wirken sich gut auf uns aus. Nicht nur, dass sich die Kinder auf eine „Bewegungsentspannung“ freuen, sie freuen sich auch auf die Veränderung, auf die anderen Menschen in ihrer Umgebung, sie freuen sich darauf, dass sie auch die Eltern mit einbeziehen können...#...dort ist aber vielleicht ein Fehler zu sehen, dass manche Eltern nicht mitmachen wollen und die Kinder sind dann enttäuscht, also...#...hier würde ich gerne mehr auf die Eltern appellieren, damit sie mehr mitmachen, damit sich ihre Kinder an der gemeinsamen Bewegungsaktivität freuen, ein besseres Erlebnis, und bei uns Erwachsenen...ich würde sagen es verkittet uns mehr, es wirkt auf uns sehr gut. Ich persönlich habe vor allem an dem Unterrichtsprogramm der Gesundheitswochen teilgenommen, am Nachmittag nicht, aber dieses Jahr, als die Gesundheitswoche im Herbst stattgefunden hat, habe ich alle Nachmittagskurse besucht, die angeboten waren, und sagte mir, welches Angebot mir gefallen hat, für welchen wäre ich am meisten motiviert...ich war hingerissen von Joga, wirklich...also je nach dem, was für mich interessant wäre...# <i>&lt;ich&gt;</i>...aber ich habe auch Z. beobachtet, wie sie mitgemacht hat und sie bei den Sportspielen, und sie nutzt es auch im Sportunterricht mit ihrer Klasse...&amp; <i>&lt;ich&gt;</i>...also sie hat die Spiel von den Gesundheitswochen übernommen und sie im Sportunterricht eingesetzt, also ich denke das es uns positiv beeinflusst.</p> <p><b>7LIII Und wie wirken sich die Gesundheitswochen auf die gesamte Atmosphäre in der Schule aus?</b></p> <p>7LIII=Sehr gut</p> <p><b>8LIII=Sehr gut</b></p> <p>8LIII Auch wenn es eine Belastung für die Psyche ist, also die ganze Gesundheitswoche zu organisieren, vorbereiten, damit alles klappt, es ist eine große Belastung, aber wenn dann die Woche beginnt, dann freuen wir uns und haben ein gutes Gefühl daraus, Freude daran, verschiedene Lieder auszu-denken, es macht uns Spaß, also <i>tex/</i></p> <p><b>9LIII#...also die Tatsachen, dass ihr euch an der Vorbereitung der Gesundheitswochen und an den Wochen selbst teilnimmt, kommt nicht aus einem äußeren Anstoß, sondern eher aus eigener inneren Überzeugung und Motivation.</b></p> <p>9LIII=Jetzt schon.</p> <p><b>10LIII=Jetzt schon? Aber am Anfang war es nicht so <i>tex/</i></b></p> <p>10LIII=Nein, ganz und gar nicht <i>tex/</i></p>	<p>Fragetyp: Meinungsfrage, nicht nötig</p> <p>Wirkung: Hat vielleicht etwas den Gedankenfluss der Respondentin gestört.</p> <p>Fragetyp: Meinungsfrage</p> <p>Fragetyp: Kommentar als Erzählanregung</p> <p>Wirkung: erfolgreich</p> <p>Fragetyp: Kommentar dient meiner Rückversicherung und einer weiteren Erzählanregung, mit der ich spontan beabsichtigt habe, eine detailliertere Kontextualität (im Rahmen der Selbstmotivation für das Projekt) zu erfragen.</p> <p>Fragetyp: Provozierende Frage mit Unterstellung</p> <p>Wirkung: War erfolgreich im Sinne der weiteren Fragestellung und Erzählanregung.</p>

Interviewfragen und Antworten	Kommentar
<p><b>11LIII=Wie war es am Anfang?</b></p> <p>11LIII#Am Anfang haben wir den Sinn nicht begriffen, wie ihr das meint mit der Intervention. Wir dachten, ihr werdet das ganze betreuen, führen und erklären und wir werden nur zuschauen, zuhören, uns entscheiden, ob wir dann Interesse haben oder nicht, wir haben es gar nicht so aufgefasst, dass wir das ganze übernehmen sollen...und....jetzt...ich würde sagen, dass vielleicht wenn wir uns es schon selber Vorbereiten und Organisieren, wir kenne eigentlich schon auch das Umfeld und die Bedingungen, also was wir uns leisten können und was nicht, und wir kennen auch die Eltern, wir wissen, an wenn wir uns wenden können und, also ich denke jetzt ist es schon gut für uns.</p> <p><b>12LIII# Kommen wir zu einer weiteren Frage. Wie ist deine Meinung als Lehrerin, deine professionelle Meinung, auf die Implementierung der gesundheitsorientierten Tätigkeiten in den Unterricht? Was meinst du dazu als Lehrerin?</b></p> <p>12LIII#Also ich denke, dass so was im Unterricht bestimmt platziert werden sollte.</p> <p><b>13LIII Warum?</b></p> <p>13LIII#Warum? Also, wir sehen die Kinder sitzen, wenn sie also zu lange sitzen müssen, dann sehen wir wie sie sich krümmern, wie schlampig sie sitzen, also...#...einerseits die große Bälle, auf die sich die Kinder anders setzen können...in dem ersten Moment würden sie mehr zwar damit beschäftigt sein, wie sie sitzen sollen, aber ich bin sicher, dass sie später so was als Selbstverständlichkeit akzeptieren würden, also ich denke es sollte in den Unterricht 100% eingesetzt werden.</p> <p><b>14LIII Also ich habe verstanden, dass der Grund dafür ist, deiner Meinung nach, die gesunde Entwicklung tex/</b></p> <p>14LIII=Ja.</p> <p><b>15LIII Benutzt du solche Tätigkeiten, bzw. Übungen im Unterricht?</b></p> <p>15LIII(-) nein, weil die Bälle...also...die nutze ich nicht, weil durch verschiedene scharfe Hilfsmittel, die wir im Unterricht benutzen gingen schon viele Bälle kaputt, also das ist ein Nachteil, da kann ich nichts machen...und die kleine Bälle, die...tex/ &lt;overballs&gt;...die stehen uns nicht zur Verfügung, nur wenn ihr sie von der Uni mitbringt, es gibt keinen Finanzen für so was, also bis jetzt. Wir haben es aber in einem Projekt beantragt, also dann denke ich, wenn wir irgendwelche finanzielle Unterstützung kriegen, werde ich es 100% besorgen, damit ich so was im Unterricht benutzen könnte.</p>	<p>Fragetyp: Frage nach Erfahrungen, Meinungsfrage, offene Frage</p> <p>Fragetyp: Kommentar als Anknüpfung zum Themenwechsel, Meinungsfrage, Frage leicht mit dichotomem Charakter Wirkung: hat anscheinend verursacht, dass die Lehrerin sich beim Antworten nur kurz gehalten hat</p> <p>Fragetyp: Detailfrage zur Explikation, offene Frage</p> <p>Fragetyp: Rückversicherungsfrage</p> <p>Fragetyp: Frage nach Erfahrungen</p>

Interviewfragen und Antworten	Kommentar
<p><b>16LIII#Und wenn du schon irgendwelche gesundheitsorientierte Tätigkeiten im Unterricht einsetzt, machst du mindestens irgendwelche Bewegungspausen ohne Geräte?</b></p> <p>16LIII(-)Ohne Geräte am meisten oder höchstens benutze ich Papier und die Sessel...und auf dem Teppich!</p>	Fragetyp: Detailfrage
<p><b>17LIII Sind diese Tätigkeiten von den Gesundheitswochen übernommen oder würdest sie so wie in den Unterrichtsstunden einsetzen?</b></p> <p>17LIII#Ich würde sie so wie so einsetzen, weil es mit meiner Praxis im Kindergarten zusammenhängt.</p>	<p>Fragetyp: Frage nach Erfahrung mit suggestivem Charakter</p> <p>Wirkung: Wurde im Sinne der sozialen Erwünschtheit geantwortet?</p>
<p><b>18LIII Wie oft in der Woche setzt du solche Tätigkeiten in Unterricht ein, also wenn du dich schon dafür entscheidest?</b></p> <p>18LIII#Ich lehre jetzt drei Tage in der Woche, also kann man sagen, dass jeden Tag.</p>	Fragetyp: Frage nach Erfahrung, Faktenfrage
<p><b>19LIII Jeden Tag....#... Siehst du es für dich als Lehrerin als irgendein Beitrag, die Kinder zur Gesundheit zu erziehen?</b></p> <p>19LIII#Also ob für mich als Lehrerin...ich würde es aus der Sicht der Mutter auffassen, nicht der Lehrerin, weil ich denke, dass es selbstverständlich fast jede Lehrerin so machen sollte...oder nicht...bestimmt jede Lehrerin und (-) die Kinder haben wirklich sehr wenig Bewegung im Alltag, ich sehe es an ihnen, sie sitzen lieber am PC, oder ich weiß nicht, sie tun irgendetwas anstatt sich zu bewegen, und wenn wir! sie dazu nicht provozieren werden, dann werden sie von sich alleine nicht wirklich dazu motiviert sein, für sie wird es bequemer zu faulzen tex/</p>	Fragetyp: Meinungsfrage
<p><b>20LIII=Es ist an dieser Stelle vielleicht gut dich zu fragen, wie du die Beziehung Lehrer-Schüler siehst? Damit die Frage ergänzt werden könnte tex/</b></p> <p>20LIII# @ also das ist eigentlich das, was man sagt, die Beziehung Lehrer-Schüler, das sollte eine Art freundschaftlicher Beziehung sein, beiderseitig, der Lehrer sollte nicht aus seiner autoritären Position handeln und sie ausnutzen...und wenn der Lehrer bei verschiedenen schulischen oder außerschulischen Tätigkeiten mitmacht, so muss er die Kinder nicht dazu überreden, die machen dann spontan mit, also das ist sehr wichtig.</p>	Fragetyp: Detailfrage, Meinungsfrage, offene Frage
<p><b>21LIII#Bestehen für dich irgendwelche Hindernisse bei der Implementierung der gesundheitsorientierten Tätigkeiten im Unterricht?</b></p> <p>21LIII Also Hindernisse (-) nee.</p>	Fragetyp: Faktenfrage, Meinungsfrage, wäre gut hier tiefer nachzufragen
<p><b>22LIII Aus deiner Sicht betrachtet, wie nehmen die Schüler und Schülerinnen die gesundheitsorientierten Tätigkeiten wahr?</b></p> <p>22LIII@ gut, sie freuen sich darüber, man kann wirklich sehen, dass sie sich dabei ausruhen und sind danach fähig wieder aufmerksam auf den Lehrstoff zu sein und...halt weiter arbeiten.</p>	Fragentyp: Faktenfrage, Meinungsfrage

**Interviewfragen und Antworten****Kommentar**

**23LIII Was ist ihre beliebteste Tätigkeit in der Schule? Die Frage meine ich jetzt etwas allgemeiner, ob es eher Bewegungstätigkeiten oder irgendwelche theoretische, bzw. auch gesundheitsbezogene, Tätigkeiten sind.**

Fragetyp: Faktenfrage, Meinungsfrage mit dichotomischem Kommentar  
Fehler: das dichotomische Kommentar

23LIII Bewegungstätigkeiten.

Wirkung: zu kurze Antwort, bei der Interpretierung ist nicht ganz nachvollziehbar, ob die Lehrerin die Frage verstanden hat und ehrlich antwortete oder ob sie aufgrund einer unklaren Fragestellung im Sinne der sozialen Erwünschtheit geantwortet hat

**24LIII#Interessieren sie sich selbst, spontan um die Gesundheitsproblematik, z.B. indem sie eigenständig zu dir kommen und dich fragen: "Frau Lehrerin, wie ist das mit...?"**

Fragetyp: Meinungsfrage

24LIII#Die heurige Klasse, also die Drittklässler, nicht. Die letzte jährige Klasse, die Fünftklässler, also die ja. Also es hängt wirklich von der jeweiligen Gruppe in der Klasse ab, wie und welche Kinder mit welchem Interesse zusammenkommen, die älteren sind an so was viel mehr interessiert. Die kleinen verstehen die Problematik noch nicht wirklich.

**25LIII Wie zeigt sich ihr Interesse? Also wenn sie schon irgendein zeigen?**

Fragetyp: Faktenfrage, dichotome Frage  
Fehler: Dichotome Frage

25LIII Wenn sie schon irgendein Interesse zeigen? @ Also wenn sie in dieser Richtung was wissen wollen, sie fragen direkt nach, wie was funktioniert...und z.B. letztes Jahr, was die Kinder sehr interessiert hat war...also wir integrieren hier auch Kinder, die körperlich behindert sind, bzw. wir haben hier so ein Kind im Kindergarten...also da sind sie ziemlich daran interessiert zu erfahren, wie so eine Behinderung entsteht und dann entwickelt sich daraus öfters ein Gespräch.

Wirkung: verursacht am in der Anfangsphase Verwirrung, weiter hat es die Frage nicht beeinflusst

**26LIII Und hast du das Gefühl, dass sich mit der Zeit bei den Kindern irgendwie ihr Interesse an der Gesundheitsproblematik verändert hat, seitdem du an dieser Grundschule tätig bist?**

Fragetyp: Meinungsfrage

26LIII (-)

**27LIII Verstehst du mich?**

Fragetyp: Rückversicherungsfrage, Erklärungsfrage; war nicht nötig, da die Lehrerin mehr Zeit zum Überlegen brauchte

27LIII Ich verstehe, ich verstehe! ich denke nur darüber nach...ob sich da was verändert hat, ich denke, das Interesse würde sich ändern, wenn die Kinder weitermachen könnten, also wenn die älteren Schüler (die fünfte Klasse), die unsere Schule verlassen, die waren sehr achtsam und haben es gespürt, dass sie für den Körper etwas anderes tun sollten als sie tun...wenn sie dann die Schule verlassen, also dann, denke ich, man könnte mit den Kindern weiterhin arbeiten, aber es fehlt eine Zusammenarbeit mit der anderen Schule, wo die Kinder ihre Schulpflicht weiter machen.

Wirkung: hat den Gedankenfluss der Lehrerin nicht gestört

Interviewfragen und Antworten	Kommentar
<p><b>28LIII Denkst du, dass sich bei Euren Schülern etwas verändert, dass es z.B. wegen den Gesundheitswochen sein kann?</b></p> <p>28LIII#Also ich denke, dass ja...es wirkt sich sehr gut auf die Kinder aus, sie können ihre Lieblingstätigkeit wählen, also sie handeln nach ihrem Interesse, auch...schließlich sehe ich dort auch die Kinder, die den Sportunterricht am liebsten schwänzen würden, und das schrieb ich auch in meiner Diplomarbeit, in den Fazit, dass diese Tendenz besteht und die Schüler werden noch von den Eltern unterstützt, vom Sportunterricht fernzubleiben, indem sie ihre Kinder entschuldigen, und zwar wegen Unwohlsein, weiterhin lassen sie sie auch fern vom Schwimmen bleiben</p>	<p>Fragetyp: Meinungsfrage, unterstellende Frage</p> <p>Fehler: die Unterstellung</p> <p>Wirkung: keine negative Wirkung im Sinne sozialer Erwünschtheit, jedoch sollte die Frage im Bezug auf die Fragestellung der Evaluation präziser geäußert werden.</p>
<p><b>29LIII Auch bei Euch?!?</b></p> <p>29LIII Ja, gerade auch bei uns und tex/</p> <p><b>30LIII=Also im großen Maß?</b></p> <p>30LIII Nein, so was nicht, aber ich denke, dass...wenn die Kinder die Möglichkeit haben, etwas auszuprobieren oder die Gelegenheit zu nutzen, wo...also die Kinder sind nicht bei allem geschickt, aber gut, ich kann nicht gut Ballspiele spielen, dann gehe ich zu Jogastunde...also dort habe ich zum ersten mal gespürt, dass auch die Kinder, die in normalen Sportunterricht nicht auffallen, haben bei den Gesundheitswochen die Möglichkeit genutzt, sich selbst bei anderen Bewegungstätigkeiten zu realisieren.</p>	<p>Fragetyp: Detailfrage mit emotionalem Hintergrund (Überraschung) kann als Erzählanregung wirken</p> <p>Wirkung: ohne Wirkung</p> <p>Fragetyp: Detailfrage zur Explikation</p>
<p><b>31LIII Wie reagieren die Eltern auf die gesundheitsorientierten Tätigkeiten, die man in den Unterricht implementiert?</b></p> <p>31LIII#...die Eltern...ich würde sagen, dass die Eltern hier sind so passiv, sie erleben diese ganze Geschichte nicht...ich denke so zwei oder drei Eltern von den 55 Kindern.</p> <p><b>32LIII Reagieren sie genauso auf die Gesundheitswochen?</b></p> <p>32LIII Nein, auf die nicht, da würde ich sage, dass...die Eltern, also wenn gerade die Gesundheitswoche läuft, wir können sie mehr hineintragen in das Geschehen und gerade durch die Gesundheitswochen ist der Wunsch entstanden, dass sie gerne Gymnastik Eltern mit Kinder haben möchten, also ich denke...so 20 Eltern würde mitmachen.</p>	<p>Fragetyp: Faktenfrage, Meinungsfrage</p> <p>Fragetyp: Faktenfrage, Meinungsfrage</p>
<p><b>33LIII#Wie ist die Zusammenarbeit zwischen Eurer Schule und den Eltern im Bereich der Gesundheitsförderung/Gesundheitserziehung? Besteht überhaupt irgendwelche?</b></p>	<p>Fragetyp: Faktenfrage, Meinungsfrage, dichotome Frage</p> <p>Fehler: dichotome Frage</p> <p>Wirkung: keine negative Wirkung</p>

Interviewfragen und Antworten	Kommentar
33LIII#....also mir fällt nichts ein...ich weiß nur, dass wenn wir irgendwelche Vorträge oder Vorlesungen über Gesundheitsthemen organisieren würden, dann würden sie sie nutzen...aber schon wieder wären das immer die gleichen Eltern, aber sie würden kommen...aber das Alles ist auch eine Zeitproblem, das ganze zu organisieren...es hängt auch damit zusammen, dass wir hier auf dem Land leben und alle die Pflichte und das alles spiegelt sich darin wider, die Eltern kommen aus ihrer Arbeit nach Hause und gehen auf das Feld arbeiten...und wenn sie städtische Eltern wären, dann, denke ich, würden sie sich dazu anders stellen.	
<b>34LIII Wo schöpfst du Informationen über den Gesundheitsbereich her, die du dann in der Schule weitergibst?</b>	Fragetyp: Faktenfrage
34LIII#Ich lese verschieden Zeitschriften...und dazu die Literatur, die uns zur Verfügung in der Schule steht...und dann du, H., gibst uns viel Lesematerial.	
<b>35LIII Und vielleicht auch etwas aus der Gesundheitswochen?</b>	Fragetyp: Detailfrage, unterstellende Frage
35LIII Aus den Gesundheitswochen?!? Warte, du meinst Fachliteratur?	Fehler: bei neutralen Formulierung wäre die Frage als problemlos zu betrachten Wirkung: keine negative Wirkung im Sinne sozialer Erwünschtheit, Frage nicht verstanden
<b>36LIII Ich meine nicht gerade Fachliteratur, ich meine, erfährst du dort etwas Neues?</b>	Fragetyp: erklärende Frage, offene Frage
36LIII#Also na ja, erfahre ich...L., wenn sie Urkunde lehrte, also da hat mir wirklich das gefallen...als sie das Thema Cholesterin vorführte, also das war für mich...da habe ich gestaunt, dass man so was den Kinder verständlich machen kann...so schön, wie sie das erklärt hat, das war also ein Beitrag für mich.	Fehler: nicht präzise gestellt Wirkung: hat auf die gestellte Frage geantwortet
<b>37LIII Jetzt möchte ich gerne zu den Fragen übergehen, die deine persönlichen Einstellungen zur Gesundheit betreffen. Es folgen nur noch ein paar Fragen. Wie ist deine persönliche Einstellung zu der Gesundheitsproblematik?</b>	Fragetyp: Kommentar als Übergang zum anderen Thema der Fragestellung, erklärendes Charakter, Meinungsfrage
37LIII (-) also persönlich...ich denke, dass...ich weiß nicht, wie ich mich ausdrücken soll...solange ich selbst keine gesundheitliche Beschwerden empfunden habe, habe ich die Gesundheit für etwas Selbstverständliches gehalten. Aber jetzt, in den letzten zwei Jahren, hat sich meine Sicht wirklich geändert, so, dass ich dafür mehr tun muss, als ich bis jetzt getan habe...auch meine Gesundheit wurde ziemlich angegriffen und...ich habe weitgehend andere Sicht, also...@...ich weiß nicht, wie anders soll ich es tex/	
<b>38LIII=Also hast du eigentlich deine persönliche Einstellung zur deinen eigenen Gesundheit geändert?</b>	Fragetyp: Rückversicherungsfrage, Versuch, detailliertere Antwort zu bekommen
38LIII So.	Wirkung: erfolglos

Interviewfragen und Antworten	Kommentar
<b>39LIII=Und wirkt sich dies dann auch auf deine Einstellung als Lehrerin zur Gesundheit, also in deiner Arbeit aus?</b>	Fragetyp: Meinungsfrage, dichotomer und suggestiver Charakter
39LIII So, genauso.	Wirkung: hat eine Gegenwirkung gehabt
<b>40LIII=Du legst einen größeren Wert drauf tex/</b>	Fragetyp: Detailfrage, provozierende Frage, unterstellende Frage, mit der Absicht, Erzählung anzuregen
40LIII=Ja, ja.	Wirkung: ohne Wirkung, Lehrerin erzählt nicht
<b>41LIII Setzt du welche Erfahrungen, die du während Gesundheitswochen gesammelt hast, in deinem Alltag, bzw. persönlichen Leben um?</b>	Fragetyp: Frage nach Erfahrungen; konnte mehr nachfragen
41LIII(-) also ich denke jetzt nach...nein, bis jetzt nicht, H..	
<b>42LIII Gut, ich danke dir vielmals für das Gespräch und falls ich noch irgendwas nachfragen möchte, würde ich mich bei dir telefonisch melden.</b>	Fragetyp: Bedanken
42LIII#. Gut. @.	



# Anhang IX Extraktionstabelle der Dimension „Gesundheitswochen / Gesundheitserziehung in der Schule“

## – Ausschnitt des Falles LIII

XLII

[EGVU]	[EGVSchL]	[UgoTU]	[HbU]	[BEKgoT]	[BgoEE]
2LII Gw*** greift in den Unterricht nicht ein	4LII Gw als Motivation für die Kinder	6LII Umsetzung der Spiele vom Heft „Cipera“	19LII Mangel an Material, methodische Hefte und Geräte	6LII Begeisterung der Kinder vom Heft „Cipera“	33LII positive Reaktion
5LII Gw*** verursachen Veränderung im Sinne eines größeren Bewegungsumfanges	6LIII Gw als Wohlfühlfaktor, bzgl. Stimmung in der Schule, motivierend als Veränderungs- und Verkittungsfaktor im Leben der Schule	10LII BP bei den älteren Kindern eingesetzt	21LII keine subjektive Hindernisse	25LII BP bei den Kindern individuell zu beurteilen	34, 35LII fehlendes Beschweren als Ausdruck von einer positiven Reaktion der Eltern
6LII das Heft Cipera als positiver Einflussfaktor auf die Motivation der Kinder während KPh****	8LIII Gw als Belastungs- und zugleich Spaßfaktor auf die Psyche der Lehrerinnen	14LII 15mal in der Woche BP	23LII Kompensation der Situation durch Supervision mit Studienkolleginnen	26LII Kinder motiviert mehr für Spiele aus dem Bereich Drama- tische Gestaltung als für gezielte BA	36LII keine unterstützende Reaktion von den Eltern
11LII Gw*** als Ideenquelle für gesundheitsorientierte Tätigkeiten im Unterricht		15LIII BP, bzw. gesundheitsorientierte Tätigkeiten im Bezug auf Benutzung großer Bälle nicht umgesetzt, BP nur mit einfachen Mitteln, wie Papier oder ohne Hilfsmittel eingesetzt	15LIII Mangel an Geräte (große Bälle, over balls)	27LII größere Motivation in den ersten Wochen nach der Gw, danach sinkende Tendenz	31LIII passiv auf die Tätigkeiten während KPh
1LIII Es werden BP* implementiert		18LIII jeden Tag BP	21LIII keine subjektive Hindernisse	19LIII Notwendigkeit Kinder zur gesundheitsorientierten Aktivitäten zu motivieren, Mangel an Selbstmotivation bei Kindern	
1LIII größerer Umfang der BA** der Kinder während der Unterrichtszeit				22LIII positive Reaktion der Kinder auf gesundheitsorientierte Tätigkeiten, bessere Konzentrationsfähigkeit auf den Unterrichtsstoff	32LIII positive Reaktion während der Gw
6LIII Gw*** als Anregung für Implementierung der Gesundheitsproblematik in Unterricht				23LIII beliebteste Tätigkeit BA	33LIII keine Impulse und Motivation für Zusammenarbeit mit der Schule
17LIII Gw*** nicht unbedingt ausschlaggebend für die Inhalte der BA				24LIII Motivation für BP und gesundheitsorientierte Tätigkeiten individuell zu Beurteilen	

# Anhang X Extraktionstabelle der Dimension „Gesundheitswochen / Gesundheitserziehung in der Schule“ –

## – Ausschnitt der Fälle LII und LIII – Aufbereitungsphase

XLIII

[EGWU]	[EGWSchL]	[BEKgoT]	[BgoEE]
<p>1LIII#Es hat bestimmt Einfluss auf uns alle, auf die Kinder...wir implementieren, und das kann ich bestätigen, Bewegungspausen, die früher stark vernachlässigt wurden...jetzt werden sie in die Vorbereitungen der Lehrerinnen einbezogen, also H. und D. die wissen selbst...also wir implementieren wirklich Bewegungspausen in den Unterricht...und auch während der Pausen bewegen sich die Kinder viel mehr als sie früher gewöhnt waren...weil wir sie immer in das Klassenzimmer geschickt haben mit den Worten: „Geh rein und schließe die Tür!“ ...und jetzt ist der Umfang der Bewegungsaktivität tatsächlich größer. die Kinder dürfen im 17LIII#Ich würde sie so wie so einsetzen, weil es mit meiner Praxis im Kindergarten zusammenhängt.</p>	<p>6LIII=...also sie wirken sich gut auf uns aus. Nicht nur, dass sich die Kinder auf eine „Bewegungsentspannung“ freuen, sie freuen sich auch auf die Veränderung, auf die anderen Menschen in ihrer Umgebung, sie freuen sich darauf, dass sie auch die Eltern mit einbeziehen können...#...dort ist aber vielleicht ein Fehler zu sehen, dass manche Eltern nicht mitmachen wollen und die Kinder sind dann enttäuscht, also...#...hier würde ich gerne mehr auf die Eltern appellieren, damit sie mehr mitmachen, damit sich ihre Kinder an der gemeinsamen Bewegungsaktivität freuen, ein besseres Erlebnis, und bei uns Erwachsenen...ich würde sagen es verkittet uns mehr, es wirkt auf uns sehr gut. Ich persönlich habe vor allem an dem Unterrichtsprogramm der Gesundheitswochen teilgenommen, am Nachmittag nicht, aber dieses Jahr, als die Gesundheitswoche im Herbst stattgefunden hat, habe ich alle Nachmittagskurse besucht, die angeboten wurden, und sagte mir, welches Angebot mir gefallen hat, für welchen wäre ich am meisten motiviert...ich war hingerissen von Joga, wirklich...also je nach dem, was für mich interessant wäre...# &lt;ich&gt;...aber ich habe auch Z. beobachtet, wie sie mitgemacht hat und sie bei den Sportspielen, und sie nutzt es auch im Sportunterricht mit ihrer Klasse...&amp; &lt;ich&gt;...also sie hat die Spiel von den Gesundheitswochen übernommen und sie im Sportunterricht eingesetzt, also ich denke das es uns positiv beeinflusst.</p>	<p>22LIII@ gut, sie freuen sich darüber, man kann wirklich sehen, dass sie sich dabei ausruhen und sind danach fähig wieder aufmerksam auf den Lehrstoff zu sein und...halt weiter arbeiten.</p> <p>23LIII Bewegungstätigkeiten.</p> <p>24LIII#Die heurige Klasse, also die Drittklässler, nicht. Die letzte jährige Klasse, die Fünftklässler, also die ja. Also es hängt wirklich von der jeweiligen Gruppe in der Klasse ab, wie und welche Kinder mit welchem Interesse zusammenkommen, die älteren sind an so was viel mehr interessiert. Die kleinen verstehen die 25LIII Wenn sie schon irgendein Interesse zeigen? @ Also wenn sie in dieser Richtung was wissen wollen, sie fragen direkt nach, wie was funktioniert...und z.B. letztes Jahr, was die Kinder sehr interessiert hat war...also wir integrieren hier auch Kinder, die körperlich behindert sind, bzw. wir haben hier so ein Kind im Kindergarten...also da sind sie ziemlich daran interessiert zu erfahren, wie so eine Behinderung entsteht und dann entwickelt sich daraus öfters ein Gespräch.</p>	<p>31LIII#...die Eltern...ich würde sagen, dass die Eltern hier sind so passiv, sie erleben diese ganze Geschichte nicht...ich denke so zwei oder drei Eltern von den 55 Kindern.</p> <p>32LIII Nein, auf die nicht, da würde ich</p>

## Lebenslauf

HANA CHYZY

---

**Geburtsdatum:** 16. 11. 1976

**Geburtsname:** Stojaníková

**Geburtsort:** Hodonín, Tschechische Republik

**Staatsangehörigkeit:** tschechisch

**Studium:**

2003 - 2007                      Universität Augsburg, Institut für Sportwissenschaft,  
Promotion – Sportpädagogik

1996 – 2000                      Masaryk- Universität Brunn(Tschechische Rep.), Pädagogische Fakultät, Diplom- Sportlehrerin, Diplom-Chemielehrerin

**Berufliche und wissenschaftliche Tätigkeiten:**

April – Juli 2007                      Lehrbeauftragte im Fach Kleine Spiele, Institut für Sportwissenschaft, Universität Augsburg

Okt. 2006 – Juni 2007                      Wissenschaftliche Hilfskraft, Professur für Bewegungs- und Trainingswissenschaften, Universität Augsburg

Okt. 2004 – Dez. 2004                      Wissenschaftliche Hilfskraft, Institut für Sportwissenschaft Universität Augsburg

2000 – 2003                      Masaryk- Universität Brunn, Dozentin

- Gesundheitsorientierte Sporterziehung
- Gerätturnen und Gymnastik für Grundschullehramt
- Intensive Outdoor- Aktivitäten Seminare für Grundschullehramt
- Aerobic-Trainer-Lizenz Seminare
- Rückenschule-Lizenz Seminare
- Eiskunstlaufen
- Familie und Sport
- Sportdidaktik-Seminar
- Psychomotorik-Seminar
- Diplomarbeit Betreuerin

**Sprachkenntnisse:**

tschechisch                      Muttersprache

deutsch                      fließend (in Wort und Schrift)

englisch                      fließend (in Wort und Schrift)